MARCH 2025
SURGERYBUSINESS.COM

SURGERY BUSINESS

WHERE MONEY MAKES THE CUT



INVESTIMENTO EM CIRURGIA DA COLUNA

LUCROS, CUSTOS E OPORTUNIDADES

TRAZENDO O OUROPADRÃO : LEIS DE SAÚDE

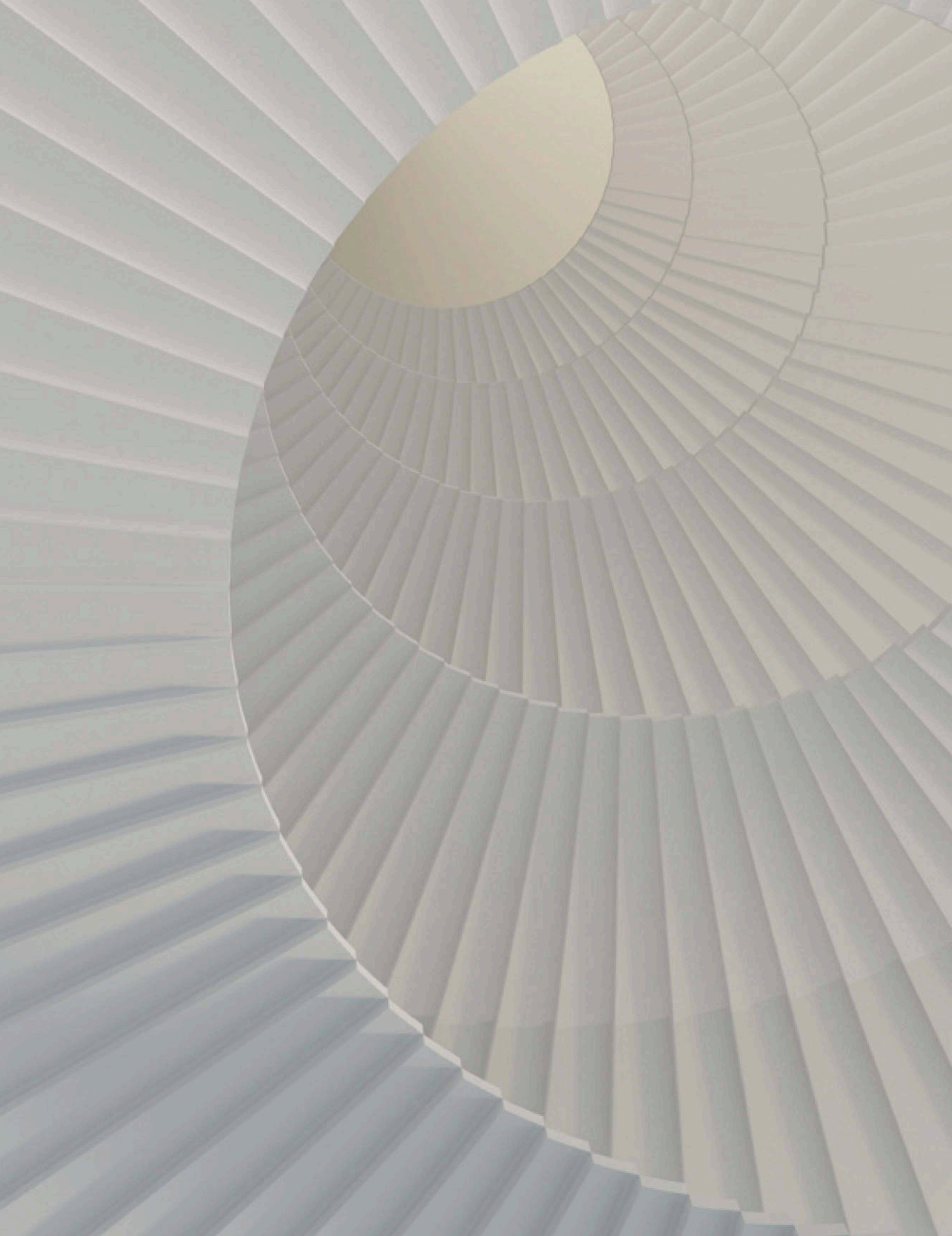
O FUTURO DA CIRURGIA OFTÁLMICA

DEDO NO PULSO: O PREÇO DA CARDIOLOGIA

VOCÊ ESTÁ MAIS BEM POSICIONADO EM UM GRUPO OU EM UMA CLÍNICA ? INDIVIDUAL

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM UCAs

Ben Burch, M.D.,
Spine Surgery





Shakeel Ahmed, M.D.
Editor-chefe

Como os deuses, assuma o controle de de seu sua destino e sorte

Cronos era o deus dos deuses, o maior de todos os Titãs, todo-poderoso e todo-consumidor. No entanto, sua ganância não tinha fim. Consumido pela paranoia e por uma fome insaciável

Para manter o controle, ele devorou seus próprios filhos, um a um, em uma tentativa desesperada de preservar seu domínio. A vida, em mais de um aspecto, reflete a mitologia. A mitologia, afinal, reflete nossos pensamentos e o teor de nossa existência. O mundo, o dos negócios mundo e, em nosso caso, o universo , da saúdecomporta-se de forma semelhante ao que nossos antepassados sofreram. Nada reflete mais e sua avareza do que a atual do setor de saúde a mitologia de Cronos dinâmica e dos médicos corporativos nos últimos anos. Houve um , e eu reflito sobre que, com saudade, quando os médicos tinham poder, estavam no comando e no controle de seu destino e fortuna. Depois, os cartéis econômicos assumiram o controle. Os mesmos administradores e CEOs que estavam confinados aos escritórios lindamente decorados nos fundos da

NÃO TENHO DE INVEJANENHUM HUMOR
O CATIVO VAZIO DE RAIVA NOBRE, O
PINTARROXO NASCIDO DENTRO DA GAIOLA,
QUE NUNCA CONHECEU OS BOSQUES DE VERÃO;

EU O MANTENHO VERDADEIRO, ACONTEÇA O
QUE ACONTECER; EU O SINTO, QUANDO MAIS ME
ENTRISTEÇO; É MELHOR TER AMADO E PERDIDO
QUE NUNCA TER AMADO.

os edifícios surgiram e mudaram o pegada total de saúde no país. Médicos, em sua esmagadora maioria agora, fazem parte de hospitais e instituições de saúde. Embora isso possa ter suas próprias vantagens, a comparação com os velhos tempos de autonomia e riqueza é desoladoramente sombria.

Então, como o Big Healthcare faz isso, você pergunta? Não existem leis que protegem os ? Sim, existem proteções em vigor para os mais fracos, mas as brechas são tão numerosas e facilmente exploradas que essas proteções muitas vezes desmoronam sob a pressão implacável da ganância corporativa.

Mas como os hospitais e as instituições de saúde realmente fazem isso, você pergunta? Domínio do mercado, aquisições agressivas, pressão financeira e, o pior de tudo, redirecionamento de pacientes. Médicos, sobrecarregados pelas responsabilidades operacionais, jogar a toalha. Há aquisições sedutoras, ofertas para controlar as despesas gerais e uma série de outros brindes que têm como alvo o cirurgião novato e emergente e, no outro extremo do espectro, os consultórios em dificuldades. Eu chamo isso de uma ninharia. Mas pode parecer uma fortuna reluzente se você nunca conheceu nada melhor.

O que esses médicos não sabem é o que eles poderiam ter tido. Sua visão só capta as cores que estão dentro de seu quadro de percepção. Sim, há mundos abaixo do ultravioleta e do infravermelho que você não vê; você não vê porque nunca experimentou a existência deles.

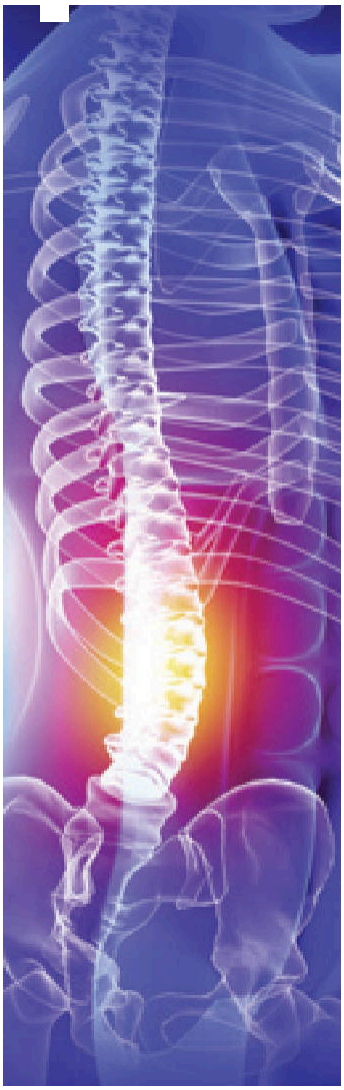
Como alguém que experimentou as alegrias e riquezas da independência e do empreendedorismo, sinto, infelizmente, que talvez eu seja um dos últimos da raça que realmente sabe o que é um médico empreendedor. Seria uma farsa se isso acabasse com nossa espécie. Pois há dinheiro a ser ganho, muito além das RVUs e dos bônus miseravelmente distribuídos, que são lamentavelmente pequenos e embaraçosos em comparação com o que você gera e devolve às entidades corporativas. Seria uma pena se as iniciativas comerciais morressem com a nossa geração. É uma luta que vale a pena travar, pois as vitórias superam em muito o risco que você correria no processo.

Cronos foi o maior de todos os deuses. Ele consumiu seus filhos para proteger e promover sua avareza. No entanto, um deles escapou. Zeus, no final, virou o jogo contra seu pai em uma história que todos nós conhecemos bem. Há um Zeus em todos nós. Há maneiras de os médicos reivindicarem e manterem o que é nosso por direito. Formar alianças. Permanecer independentes. Defender mudanças nas políticas. E, o mais importante, explorar oportunidades de negócios. Explore a compra de centros de imagens, farmácias, grupos multiespecializados e centros de cirurgia ambulatorial. Faça o possível para utilizar totalmente a capacidade e a perspicácia comercial que você tem.

Não entrem suavemente nessa boa noite;
Enfureçam-se enfureçam-se ,contra a morte da luz.
- DYLAN THOMAS

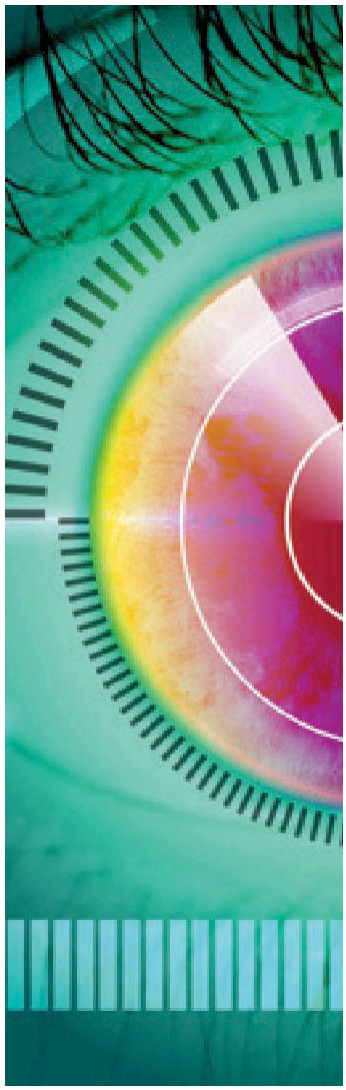
Shakeel Ahmed, M.D.

recursos



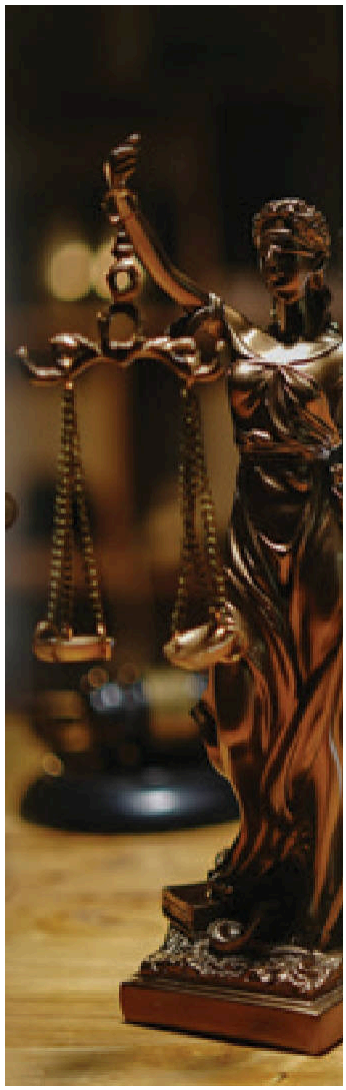
6

O negócio da cirurgia da coluna



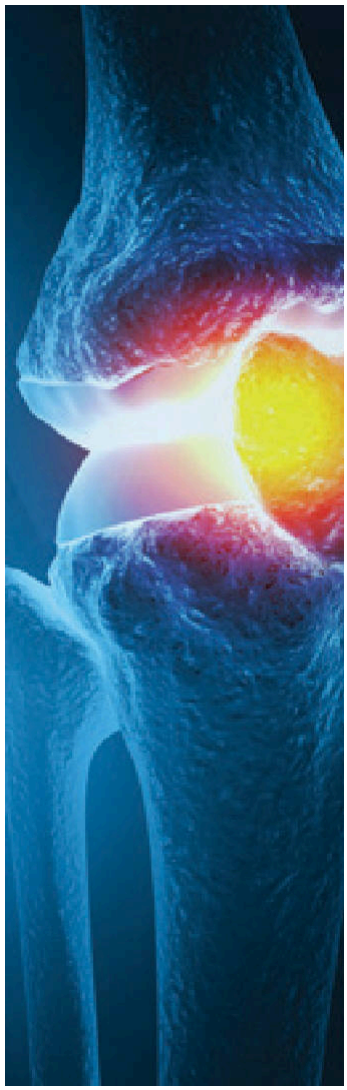
14

O futuro da Cirurgia oftálmica



30

Navegando pelas leis de assistência médica



86

Lançamento de uma plataforma robótica de substituição de articulações



NA CAPA

O Dr. Ben Burch analisa as complexidades financeiras da cirurgia de , colunaa partir da página 6.

especialidad es

ANESTESIOLOGIA **10**
ORTOPEDIA **20**
SPAS MÉDICOS **22**
CIRURGIA PLÁSTICA **24**
GINECOLOGIA **38**
ANESTESIA GERAL **42**
CARDIOLOGIA **54**
CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL **62**

uma conversa rápida com um sábio do bisturi

MARK MOFID, M. D **56**
AHMED SIDDIQI, M. D **66**

notícias do setor

NOTÍCIAS DA AMÉRICA DO SUL **26**
NOTÍCIAS DA EUROPA **28**
PATRIMÔNIO PRIVADO **44**
GERENCIAMENTO DE RISCOS **48**
CONFORMIDADE **50**
DETALHAMENTO DOS NEGÓCIOS **58**
CONTROLE DE INFECÇÕES **64**
DETALHAMENTO DO NEGÓCIO **70**
CÓDIGOS DE SEGURANÇA DE VIDA **74**
TECNOLOGIA **80**
ATENDIMENTO BASEADO EM VALORES **82**
INOVAÇÃO **92**
CHATO, MAS CRÍTICO **94**

SURGERY BUSINESS
WHERE MONEY MAKES THE CUT

EDITORA

Basileus Media Corporation, LLC
Shakeel Ahmed, M.D.

—

Editor-chefe
Shakeel Ahmed, M.D
ShakeelAhmed@SurgeryBusiness.com

Assistentes editoriais
Mike Miller
Alice Ratermann
Help@SurgeryBusiness.com

SURGERY BUSINESS MAGAZINE 741
INSIGHT AVENUE
O'FALLON, ILLINOIS, 62269

—

CONSELHO CONSULTIVO

Nathan Skelley, M.D.
Cirurgia ortopédica

Ben Burch, médico
Cirurgia da coluna vertebral

Charles Nathan, M.D.
Cirurgia plástica

Janet Carlson, MSN, RN, NEBC, FACHE

Michael Schifano, M.D.
Ginecologia

Jessica Becerra, MSN, RN, NEBCA

Alejandro Badia, M.D.
Cirurgia ortopédica

Shakeel Ahmed, M.D.
Gastroenterologia

Russell Feit, M.D.
Controle .da dor

Abhishek Srivastava, M.D.
Urologia

Omar Shakir, M.D.
Oftalmologia

Fabrício Galvão
Presidente da ASCA brasileira

Aaron Medaris
Editora,
Revista *Physician Resource*

SURGERYBUSINESS.COM



O negócio da cirurgia de coluna em ambulatórios Centros : cirúrgicos Lucros, custos e oportunidades

POR BEN BURCH, M.D.

O cenário da cirurgia de coluna está mudando à medida que mais procedimentos são transferidos das salas de cirurgia dos hospitais para os Centros de Cirurgia Ambulatorial (UCAs). Os avanços nas minimamente na técnicas invasivas e anestesia, juntamente com o aprimoramento dos cuidados pós-operatórios, possibilitaram a realização de determinadas cirurgias de coluna com segurança em ambientes . ambulatoriaisPara os proprietários e investidores de UCAs, essa mudança oferece oportunidades lucrativas. Entretanto, compreender e gerenciar os meandros financeiros - incluindo custos de equipamentos, pessoal e reembolsos complexos de pagadores - é fundamental para tornar a cirurgia de coluna uma especialidade viável para os UCAs.



CONSIDERAÇÕES SOBRE CUSTOS: INVESTINDO EM CIRURGIA DA COLUNA

Embora a cirurgia de coluna ofereça um alto potencial , de receitaela também é uma especialidade com uso intensivo de equipamentos que exige substanciais iniciais e contínuosinvestimentos . Os custos podem se acumular rapidamente nas áreas equipamentos , especializadosimplantes, pessoal e atualizações de , instalaçõestodos essenciais para a realização de cirurgias de coluna com segurança e eficácia.

EQUIPAMENTOS

Os UCAs devem estar preparados para fazer investimentos significativos em equipamentos cirúrgicos para procedimentos de coluna. Um microscópio cirúrgico de alta qualidade, por exemplo, pode variar de US$ 40.000 a US$ 100.000, e uma endoscópica configuração de torre pode custar até US$ 150.000 (*Orthopedic Design & Technology*, 2022). Para as UCAs que consideram a assistência robótica, os custos podem ultrapassar US$ 1 milhão - um gasto substancial para qualquer instalação ambulatorial.

IMPLANTES E DESCARTÁVEIS

Os implantes, que incluem parafusos, hastes e gaiolas para fusões, são uma das maiores despesas na cirurgia da coluna. Eles podem custar entre
US$ 5.000 e US$ 10.000 por caso, dependendo da complexidade e do tipo de implante utilizado (*Modern Healthcare*, 2022). A compra em massa por meio de organizações de compras em grupo (GPOs) pode ajudar a reduzir esses custos, mas os implantes continuam sendo uma parte significativa das despesas com .cirurgia de coluna

PESSOAL

A cirurgia de coluna exige pessoal qualificado, incluindo cirurgiões de coluna certificados, técnicos de neuromonitoramento e enfermeiros especializados, todos com salários mais altos do que a equipe geral do UCA. Pessoal qualificado
A equipe é essencial, não apenas para obter resultados bem-sucedidos para os pacientes, mas também para minimizar os riscos e as complicações nessa especialidade de alto risco (*Becker's UCA Review*, 2023).

MELHORIAS NAS INSTALAÇÕES

Os UCAs também precisam garantir que tenham a infraestrutura adequada para procedimentos de , colunao que geralmente envolve atualizações , das instalaçõesprincipalmente nas áreas de recuperação. Por exemplo, os UCAs podem precisar construir estendidas baias de recuperação com sistemas avançados de monitoramento para acomodar pacientes de coluna no pós-operatório. Essas atualizações, embora caras, são essenciais para atender aos padrões de certificação de UCA para cirurgia de coluna e para oferecer atendimento de alta qualidade aos pacientes.

ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO FINANCEIRO NA CIRURGIA DA COLUNA

Para equilibrar os altos custos com os lucros potenciais, os UCAs devem adotar o controle estratégico de custos e a eficiência operacional.

CONTROLE DE CUSTOS E NEGOCIAÇÃO COM FORNECEDORES

O envolvimento em medidas rigorosas de controle de custos - especialmente para implantes - é fundamental. As GPOs e as negociações com os fornecedores podem gerar economias substanciais, diretas ajudando os UCAs a gerenciar os custos de itens .de alto custo

CONHECIMENTO ESPECIALIZADO EM FATURAMENTO E CODIFICAÇÃO

As cirurgias de coluna geralmente envolvem um faturamento . Uma equipe de faturamento dedicada e familiarizada com cirurgias de coluna.complexo
A codificação específica pode otimizar a receita, reduzindo as recusas de pedidos e acelerando os ciclos de pagamento.
Os especialistas sugerem que essa área é fundamental para manter um fluxo de caixa estável em especialidades com alto reembolso, como a cirurgia de coluna (*American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2022).

CONTRATOS DE PAGADORES NEGOCIADOS

Os UCAs se beneficiam da garantia de favoráveis contratos com seguradoras , privadasque normalmente reembolsam com taxas mais altas do que o Medicare. Alguns UCAs são também estão experimentando acordos de pagamento agrupados, que podem otimizar a receita, mas exigem um cuidadoso gerenciamento dos custos para evitar financeirasperdas .

SELEÇÃO DE CUIDADOSA PACIENTES

A seleção de pacientes é fundamental, pois nem todos os casos são adequados para o ambiente ambulatorial. robustos Protocolos de pré-triagem podem ajudar a identificar pacientes com menor risco de complicações, minimizando as internações hospitalares não planejadas e reduzindo dos cuidados pós-operatóriosos custos .

INVESTIR EM TREINAMENTO E TECNOLOGIA

As técnicas e tecnologias de cirurgia de coluna evoluem rapidamente, e o investimento contínuo no treinamento da equipe e na tecnologia mais recente é essencial para manter a competitividade. Os UCAs que oferecem técnicas avançadas, como cirurgia endoscópica ou a laser da coluna, estão bem posicionados para atrair pacientes e garantir mais altos reembolsos (*Spine Business Journal*, 2023).

O FUTURO FINANCEIRO DA CIRURGIA DA ESPINHA EM UCAs

Com a mudança do setor de saúde para um mais econômico e atendimento centrado no paciente, a cirurgia de coluna em UCAs está pronta para crescer. Os UCAs podem obter uma receita , significativaprincipalmente por meio de procedimentos de alto reembolso e contratos com pagadores comerciais.
No entanto, para entrar no mercado de cirurgia da coluna vertebral, é necessário navegar pelos altos custos, reembolsos complexos e padrões .operacionais rigorosos

O RESULTADO FINAL

Para os proprietários e investidores de UCA prontos para atender a essas demandas, as possíveis recompensas financeiras são substanciais. Ao manter um Com um foco estratégico no gerenciamento de custos, negociações com pagadores e atendimento , de qualidadeos UCAs podem liberar todo o potencial financeiro da cirurgia de e solidificar seu papel no futuro da assistência médica ambulatorial. coluna ▪



O Dr. Ben Burch, cirurgião , ortopédico certificado pelo conselhoé especializado em cirurgia de coluna , com treinamento avançado em assistidas por robótica minimamente invasiva e endoscópicatécnicas pela Brown University. Ele orienta, pesquisa ativamente e inova no tratamento da coluna.

Estudo 3de caso





CÁLCULO DE LUCROS: UMA OLHADA NA FUSÃO LOMBAR

Apesar dos altos custos, o potencial de lucro da cirurgia de coluna é notável. Considere um procedimento de fusão lombar, uma das cirurgias de coluna mais comuns realizadas em UCAs:

Receita por caso	$18,000
Custos diretos (implantes e materiais cirúrgicos)	$6,000
Custos de pessoal	$2,000
Custos indiretos e de instalações	$2,000
Lucro por caixa	$8,000

(Healthcare Financial Management Association, 2023)

Para um UCA que realiza 100 fusões lombares por ano, isso poderia se traduzir em um lucro estimado de US$ 800.000, excluindo quaisquer procedimentos adicionais. Com um grande volume de casos de , colunaos retornos podem fazer da cirurgia de coluna uma das especialidades mais lucrativas do portfólio de um UCA.financeiros



Alinhando seu grupo de anestesia com seu UCA

POR MICHAEL BERNARD, M.D.

O **CONCEITO de grupos de ANESTESIA** que recebem estipêndios não é novo nem inovador. Historicamente, os estipêndios de anestesia têm sido associados a contratos hospitalares devido a ineficiências, combinações desfavoráveis de pagadores e custos de manter profissionais altamente qualificados disponíveis em curto prazo, muitas vezes sem gerar receita . imediataNo contexto dos centros de cirurgia ambulatorial (UCAs), entretanto, isso não tem sido tradicionaluma preocupação .

No entanto, com o declínio dos reembolsos, a escassez de provedores de anestesia e a migração de casos mais complexos e de alto custo do Medicare para os UCAs, os estipêndios de anestesia estão se tornando mais comuns. Embora não haja um fluxo previsível de provedores qualificados para reduzir os salários ou aumentos significativos nos reembolsos de anestesia no horizonte, há maneiras de reduzir ou até mesmo eliminar os estipêndios. Para isso, é necessária uma abordagem proativa e colaborativa entre o grupo de anestesia, os proprietários do UCA e a liderança.

O ANESTESIAMODELO DE REEMBOLSO DE

Os serviços de anestesia são reembolsados usando um sistema baseado em unidades. A cada procedimento é atribuído um número definido de básicas unidades (por exemplo, uma colonoscopia de triagem equivale a três unidades). Além disso, uma unidade é adicionado para cada 15 minutos de de tempo anestesia, embora algumas seguradoras rateiem isso de forma incremental.

As unidades totais de um caso são então multiplicadas pelo de conversão de anestesia do pagadorfator , que varia muito. Por exemplo, os fatores de conversão do Medicaid podem ser tão baixos quanto US$ 10, os do Medicare em torno de US$ 20 e os comercial do seguro significativamente mais altos.

Para ilustrar, uma colonoscopia de triagem do Medicaid de 30 minutos (três unidades básicas + duas unidades) de temporeembolsa US$ 50 (5 × US$ 10), supondo que todos os copagamentos e franquias sejam cobrados. Embora esse exemplo seja simplificado, ele destaca a variabilidade na receita da anestesia e ressalta a importância da da combinação de pagadores e eficiência.

O conhecimento do número de salas de cirurgia fornece uma linha de base para estimar quantos provedores serão necessários.
No entanto, isso não é fixo e pode variar de acordo com os tipos de casos, as do centro preferências operacionais e os recursos do grupo de anestesia (discutidos mais adiante).

A avaliação do volume total de casos em relação ao número de salas de cirurgia ajuda a determinar o número médio de casos por sala. Além disso, a análise das porcentagens de combinação na instalação permite uma estimativa do total de unidades de anestesiade casos que podem ser gerados por sala .de cirurgia

A consideração das porcentagens de combinação de pagadores fornece uma estimativa preliminar das possíveis cobranças em condições ideais. Os UCAs com uma maior proporção de pagadores comerciais normalmente geram uma receita significativamente maior, enquanto aqueles com uma proporção maior de pagadores do Medicaid ou do Medicare geram uma receita significativamente maior.
mix coletam o mínimo. Após essa avaliação , uma análise mais aprofundada inicialpode orientar outras discussões sobre o contrato.

ESTRATÉGIAS COLABORATIVAS PARA O SUCESSO

Embora o mix de , o pagadoresvolume de casos e os números da sala de cirurgia estão fora do controle , do grupo de anestesiahá inúmeras estratégias para promover uma parceria simbiótica entre UCA e anestesia que beneficie todas as partes.

1 Conscientização sobre custos e recursos gerenciamento de

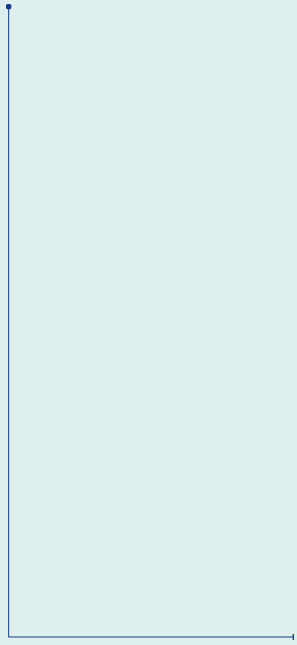
Os grupos de anestesia devem priorizar práticas econômicas sem comprometer os resultados dos pacientes.
Garantir que todos os médicos estejam cientes dos custos de medicamentos e suprimentos pode levar a uma economia significativa. Os provedores devem evitar abrir suprimentos ou preparar medicamentos que talvez não sejam necessários, minimizando o desperdício. O uso de alternativas caras, mas igualmente eficazes, quando menos clinicamente apropriado, demonstra um compromisso com o bem-estar financeiro do UCA. Os proprietários de UCA se beneficiam ao entender como os provedores de anestesia equilibram o atendimento de alta qualidade com a de custoseficiência .

PRINCIPAIS FATORES INFLUÊNCIA STIPEND

Ao avaliar um contrato de anestesia, determinadas métricas podem fornecer uma indicação antecipada de que um estipêndio pode ser necessário. Essas métricas incluem:

- Número de salas de cirurgia
- Volume total de casos e detalhamento do tipo de caso
- Porcentagens de mix de pagadores

Para entender por que esses fatores são críticos, ter uma compreensão básica é essencial .do reembolso de anestesia



O alinhamento das metas do UCA e do anestesia grupo de exige comprometimento mútuo e comunicação .aberta As estratégias descritas aqui - conscientização , eficientedos custosagendamento , sólida preparação pré-cirúrgica e adaptáveis modelos - representamde equipe apenas o ponto . Com um esforço conjunto para identificar economias e melhorar os processos, de partidaos UCAs podem criar uma parceria bem-sucedida com seus fornecedores de anestesia, e duradoura garantindo o sucesso dede ambas as entidades. longo prazo

2

3programação otimizada A programação de casos afeta significativamente os resultados financeiros para UCAs e grupos de anestesia. O agendamento eficiente minimiza a necessidade de pessoal adicional e de provedores de anestesia, reduzindo os custos gerais. Para Por exemplo, abrir uma adicional sala para um ou dois casos em vez de sequenciá-los em uma sala existentede cirurgia pode levar a despesas substanciais em relação ao ano anterior. A liderança sólida do UCA e a colaboração dos cirurgiões são cruciais para o gerenciamento das eficaz . Já vi muitos UCAs enfrentarem dificuldades quando prioridades concorrentesos cirurgiões encaminham casos para outros locais se não estiverem satisfeitos com o tempo de embarque, não conseguirem duas salas ou terem que um caso não elegível. Definir e aplicar políticas de utilização de blocos e estabelecer padrões de referência para que os cirurgiões entendam os limites necessários para garantir uma segunda sala de cirurgia é apenas um exemplo.

3

3treamlined Pre-3urgical Testing (P3T)

Os cancelamentos no mesmo dia e as complicações pós-operatórias prejudicam a eficiência e a receita tanto do UCA quanto dos provedores de anestesia. Um grupo de anestesia engajado pode colaborar com o departamento de PST para garantir que os pacientes estejam medicamente otimizados e adequados para os procedimentos . do ASCIsso pode envolver comunicação com os pacientes ou médicos para esclarecer questões e evitar de referência cancelamentos desnecessários e, ao mesmo tempo, direcionar o maior número possível de pacientes elegíveis para o UCA.

4

Modelos flexíveis de 3 equipes

As decisões sobre a equipe devem estar alinhadas com o volume de casos e complexidade. Por exemplo, uma com duas de operação UCA salas pode exigir uma, duas ou três provedores , de anestesiadependendo dos tipos de procedimentos realizados.
Centros ortopédicos movimentados podem se beneficiar de um modelo com três provedores, enquanto um de alto volume cirurgião de catarata que opera em duas salas de cirurgia pode funcionar de forma eficaz com um provedor, desde que haja equipe de apoio suficiente disponível. Discussões entre o UCA e o grupo de anestesia podem identificar as soluções de equipe mais econômicas e seguras.cuidadosas

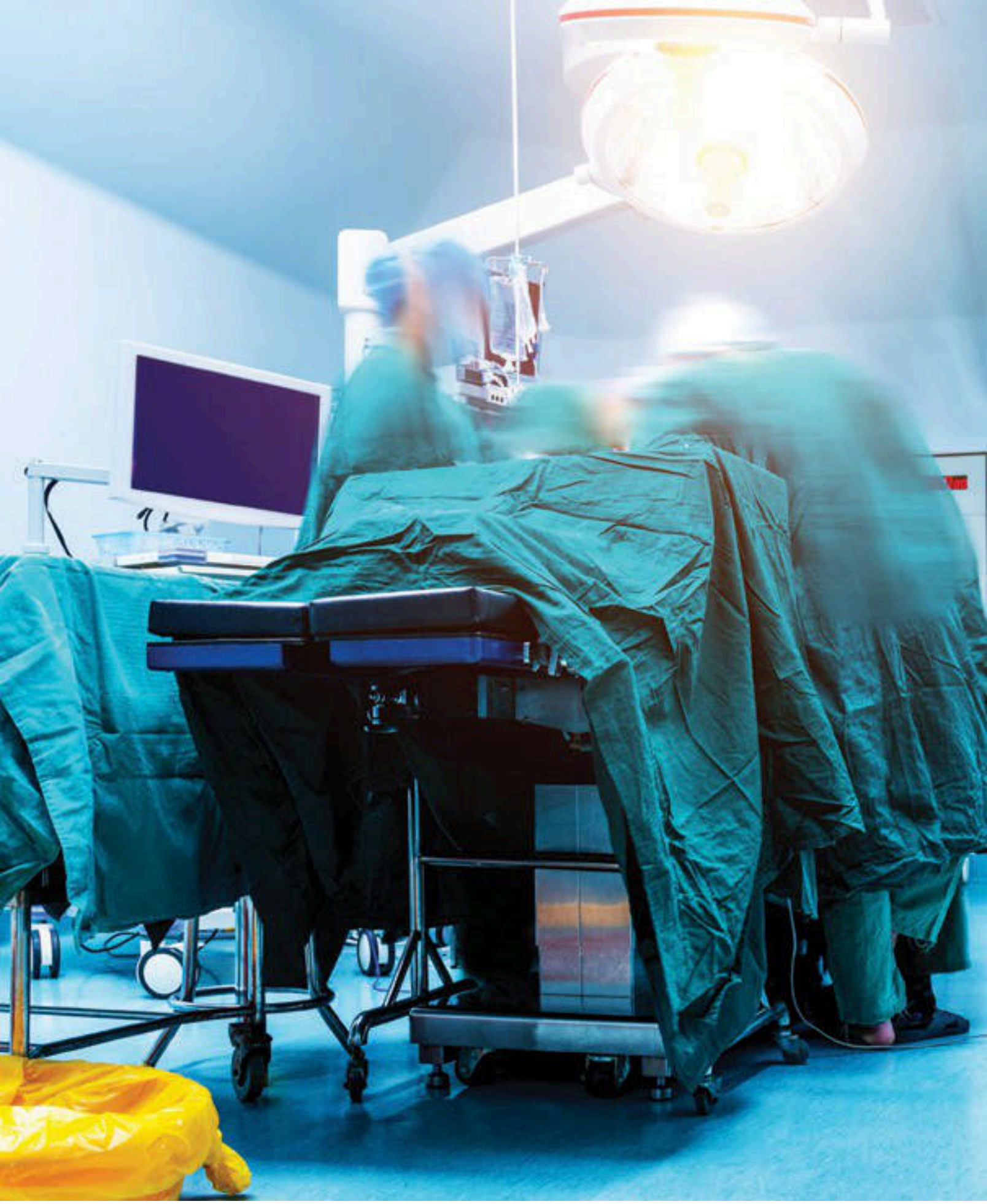
EVITAR DECISÕES MÍOPES

A resistência aos estipêndios pode levar alguns UCAs a trocar de grupo de anestesia em busca de mais baixoscustos . No entanto, essa abordagem geralmente é contraproducente. Novos grupos é improvável que consigam contratos de seguro significativamente melhores ou recrutem provedores com taxas . de pagamento mais baixasEm vez disso, elas podem acabarão solicitando estipêndios , semelhanteso que não deixará a UCA em melhor situação.

Em vez de buscar novos grupos, os UCAs devem envolver seus atuais parceiros de anestesia para explorar maneiras de melhorar a eficiência, maximizar os volumes e reduzir os custos sem comprometer o atendimento. cirúrgicos Ao promover um relacionamento , tanto o UCA quanto forte e colaborativoo grupo de podem prosperar. anestesia ▪



O Dr. Michael Bernard, um anestesiologista , certificadoé especializado em otimizar eficiência . em cirurgia ambulatorialCom experiência em UCA aquisição de , CONoperações e estratégias , estratégias dede saídaele conduz impactantes melhorias no desempenho do .centro de cirurgia ambulatorial





O FUTURO DA CIRURGIA OFTÁLMICA EM CENTROS CENTROS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS: INOVAÇÕES, TENDÊNCIAS E CRESCIMENTO OPORTUNIDADES

POR OMAR SHAKIR, M.D., MBA

Os Centros de Cirurgia Ambulatorial (UCAs) estão revolucionando a prestação de , oferecendo aos pacientes atendimento cirúrgico de alta qualidade em um ambiente econômico e eficiente. serviços de saúdeEntre as muitas especialidades que estão prosperando nos UCAs, a cirurgia oftálmica se destaca como um campo em rápido crescimento e impulsionado pela inovação. Desde cirurgias de catarata até procedimentos avançados de córnea e retina, as cirurgias oftálmicas são ideais para o ambiente ambulatorial. Vamos explorar o estado atual da cirurgia oftálmica em UCAs, as inovações que estão moldando seu futuro e as oportunidades que ela apresenta para os prestadores , de serviços de saúdeinvestidores e pacientes.

O surgimento da cirurgia oftalmológica em UCAs

A cirurgia oftálmica é, há muito tempoa pedra angular do atendimento ambulatorial, com o procedimento de maior volume em todo o mundo, a cirurgia de , catarataliderando o caminho.

De acordo com a Ambulatory Surgery Center Association (ASCA), a maioria das cirurgias de catarata nos Estados Unidos é realizada em UCAs, uma tendência impulsionada pelos avanços nas técnicas cirúrgicas pela e preferência dos pacientes por um atendimento conveniente e eficiente.

POR QUE A CIRURGIA PROSPERA NA ASCSOFTÁLMICA

- **Eficiência:** Os procedimentos oftalmológicos são normalmente rápidos, com muitos tipos de cirurgias que duram menos de 30 minutos.
- **Baixo risco:** essas cirurgias geralmente envolvem anestesia mínima e têm baixas taxas de complicações, o que as torna ideais para ambulatoriaisambientes .
- **Custo-efetividade:** Estudos mostram que os procedimentos oftalmológicos em UCAs custam significativamente menos do que os realizados em hospitais, beneficiando tanto os pacientes quanto os pagadores.
- **Satisfação : do paciente**Os processos simplificados e o atendimento personalizado oferecidos pelos UCAs contribuem para os altos níveis de satisfação dos pacientes.



Avanços avanços são um fator significativo fator que impulsiona a cirurgia oftálmica cirurgia oftálmica em UCAs a novos patamares. Desde ferramentas de precisão ferramentas de precisão a diagnósticos orientados por IA, inovação está aprimorando tanto os resultados cirúrgicos e a eficiência eficiência operacional.

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS QUE IMPULSIONAM O CRESCIMENTO

- **Lasers de femtossegundo:** A tecnologia de laser transformou cataratade femtosegundo a cirurgia de , permitindo que os cirurgiões realizem incisões precisas, fragmentação da lente, alinhamento tórico para correção de astigmatismo, correção de astigmatismo e correção de câncer de mama.
incisões de ceratotomia e muito mais. Esses lasers reduzem a manipulação manual e a energia do ultrassom, melhoram a precisão cirúrgica e levam a melhores visuaisresultados .
- **Lentes intraoculares avançadas(LIOs) :** As LIOs premium, como as multifocais, as de profundidade de foco ampliada, as tóricas e de luz ajustável, estão ganhando popularidade entre os pacientes que buscam reduzir a dependência de óculos e otimizar a visão.

resultados. Essas lentes não apenas melhoram a visão, mas também oferecem aos UCAs uma oportunidade de oferecer maior valorserviços de .

- **Inteligência Artificial (IA):**
A IA está revolucionando as avaliações pré-operatórias e o planejamento cirúrgico. Ferramentas como cálculos de e planejamento pré-operatório ajudam os cirurgiões a identificar a abordagem cirúrgica mais eficaz, levando a um atendimento personalizado e otimizado LIO orientados por IA com consistência.
- **Visualização em 3D e assistência robótica:**
Os sistemas de imagem 3D proporcionam uma visualização aprimorada das estruturas oculares, permitindo que os cirurgiões realizem procedimentos complexos com mais confiança (e menos dor nas costas!). A robótica, embora em seus estágios iniciais na oftalmologia, promete

maior precisão e consistência. de femtosegundo O laser está sendo renomeado como parte da assistência robótica na cirurgia de .catarata

- **Cirurgia Minimamente Invasiva para Glaucoma (MIG3):** Procedimentos , MIGSprojetados para reduzir a pressão intraocular em pacientes com glaucoma, estão se tornando um item básico nos UCAs. Sua natureza minimamente invasiva alinha-se perfeitamente com o modelo . ambulatorialAtualmente, há mais de um punhado de tipos diferentes de procedimentos MIGS com grande eficácia em
redução da pressão intraocular que pode ser combinada com a cirurgia de catarata. Cada vez mais, alguns desses procedimentos também da cirurgia de catarata.estão sendo realizados independentemente

BENEFÍCIOS ECONÔMICOS E OPERACIONAIS PARA UCAs

- **Potencial de receita:** A cirurgia de catarata continua sendo o procedimento realizado com nos EUA,mais frequência
gerando receita consistente e previsível para os UCAs. A oferta de LIOs premium e outros serviços avançados pode aumentar ainda mais a lucratividade.
- **Custos indiretos reduzidos:** Em comparação com os hospitais, os UCAs operam com custos , o que indiretos mais baixospreços . competitivosA estrutura compacta
e a natureza especializada dos equipamentos oftalmológicos facilitam o gerenciamento dos custos.
- **Alta rotatividade de casos:** Os procedimentos são curtos, permitindo que os UCAs oftalmológicos agendem vários casos em um único dia. Essa alta rotatividade aumenta a eficiência e o potencial de receita.
- **Tendências e desafios : regulatórios**Embora o crescimento da cirurgia oftálmica em UCAs seja promissor, ele está isento de desafios. Regulamentação
As estruturas e de reembolso as políticas desempenham um papel crucial na formação do setor. Os esforços de defesa de todas as partes interessadas em cirurgia oftálmica devem ser mantidos.
- **Reembolso : do Medicare**O Medicare é uma peça fundamental na oftalmologia, já que muitos pacientes submetidos à cirurgia de catarata são adultos mais velhos. Ajustes recentes nas do Medicare taxas de reembolso para UCAs foram favoráveis, mas é necessário um trabalho contínuo de advocacy para garantir equitativaspolíticas .
- **Relatórios de qualidade:** Os UCAs são cada vez mais obrigados a participar de qualidadeprogramas , de relatórios de como o Medicare UCA Quality Reporting Program. A demonstração de resultados de alta qualidade em oftalmologia pode reforçar a reputação de um UCA e atrair mais pacientes.
- **Regulamentações específicas do estado:** As regulamentações em nível estadual sobre operações de UCA, licenciamento e requisitos de certificado de necessidade (CON) podem variar muito.
Navegar por essas regras é essencial para expandir oftalmológicosos serviços . Os consultores dessa área oferecem consultoria especializada e facilitação.
- **Atendimento centrado no paciente em cirurgia of: talmológica**Uma das características que definem os UCAs é o fato de O foco no atendimento centrado no paciente. Isso é particularmente evidente na oftalmologia, onde planos de tratamento personalizados e tempos de recuperação mais curtos contribuem para experiências superiores dos pacientes.
- **Educação e comunicação:** A comunicação clara sobre as opções cirúrgicas, como os benefícios das LIOs premium, ajuda os pacientes a tomar decisões informadas. Muitos UCAs também fornecem materiais educativos e aconselhamento pré-operatório adaptados às necessidades individuais. A premium opção deve fazer parte de todos os procedimentos oftalmológicos.

A cirurgia oftálmica oferece vantagens financeiras significativas para os UCAs. Com fluxos de trabalho eficientes e altos volumes de procedimentos, a oftalmologia pode ser uma especialidade lucrativa.



O futuro da oftálmica cirurgia em UCAs está repleto de potencial, incluindo tendências em emergentes telessaúde e de dadosanálise .



ofertas em centros . cirúrgicosOs pacientes demonstraram que estão dispostos a pagar por melhores resultados.

- **3Processos simplificados:** Do agendamento aos check-ins rápidos, on-line os UCAs utilizam a tecnologia para simplificar a jornada do paciente. Isso não apenas aumenta a satisfação, mas também aumenta operacionala eficiência .
- **Cuidados : pós-operatóriosOs** cuidados são um componente essencial de bem-sucedidade acompanhamento uma cirurgia . oftalmológica Os UCAs geralmente utilizam sua equipe e fazem parcerias com optometristas e outros especialistas para garantir um pós-operatório perfeitode enfermagem e administrativa gerenciamento .

OPORTUNIDADES EMERGENTES NA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA PARA UCAs

- **Teleoftalmologia:** Os serviços de telessaúde para consultas pré-operatórias e pós-operatórias estão ganhando força. Ao integrar a teleoftalmologia, os UCAs podem expandir seu alcance e melhorar a acessibilidade para pacientes em áreas remotas.
- **Robótica e automação:** A robótica está pronta para desempenhar um papel mais importante na oftalmologia, oferecendo precisão inigualável para procedimentos complexos. primeiros Os a adotar essa tecnologia provavelmente ganharão uma vantagem competitiva.
- **Design centrado no paciente:** Os futuros UCAs podem adotar elementos de design especificamente adaptados ao atendimento oftalmológico, como ergonômicas e suítes cirúrgicas eficientes, melhorando as experiências do paciente e do provedor.
- **Tomada de decisões com base em dados:** Aproveitar o big data e a análise pode ajudam os UCAs a identificar tendências, otimizar fluxos de trabalho e melhorar os resultados. A análise preditiva também pode ajudar na alocação de recursos e no estratégicoplanejamento .

MODELAGEM FINANCEIRA PARA TECNOLOGIA AQUISIÇÃO DE EM CIRURGIA OFTÁLMICA

A adoção de de ponta tecnologia em cirurgia oftalmológica exige um investimento de capital significativo. No entanto, essas ferramentas avançadas aprimoram os resultados cirúrgicos, melhoram a eficiência e aumentam a satisfação do paciente, tornando-as valiosos ativos de longo prazo. Os principais custos de aquisição incluem:

- Sistemas :de Microscópio de Visualização 3D $100,000 - $450,000
- Tecnologia :de laser de femtossegundo $100,000 - $400,000
- Lentes multifocais e ajustáveis à luz: US$ 900 - US$ 1.200 por unidade de custo
- Máquinas de : catarata mais novas$50,000 - $100,000
- Máquinas de : vitrectomia mais novas$75,000 - $150,000

Essas despesas de capital geralmente podem ser financiadas por meio de leasing de equipamentos com prazos de cinco a sete anos, distribuindo os custos ao longo do tempo e mantendo o fluxo de caixa. Além disso, a utilização dos benefícios fiscais da Seção 179 pode reduzir significativamente a carga tributária no ano da aquisição, tornando os investimentos de alto capital mais viáveis financeiramente para os UCAs. Planejamento estratégico
e modelagem financeira garantem que esses investimentos gerem lucratividade e aprimorem o atendimento ao paciente.



A INTERSEÇÃO DA INOVAÇÃO,
A eficiência e o atendimento centrado no paciente fazem da cirurgia oftálmica uma das mais especialidades promissoras para os UCAs. Ao adotar avanços como IA, robótica e LIOs premium, os UCAs podem melhorar os resultados e também garantir sua posição como líderes no atendimento ambulatorial.cirúrgicos

Para os prestadores de serviços de saúde, investidores e formuladores de políticas, o futuro da cirurgia em UCAs representa uma oportunidade convincente de redefinir a forma como o atendimento cirúrgico é prestado.oftálmica

Como a demanda por atendimento oftalmológico de alta qualidade e econômico continua a crescer, os UCAs têm sido um alicerce para a cirurgia oftalmológica, oferecendo benefícios significativos tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde. ▪



Omar Shakir, M.D., MBA, é um importante oftalmologista especializado em cirurgia de catarata e retina.
Ele é o fundador fundadores da daCoastal Eye em Greenwich, Connecticut, e um dos
instrutor clínico na Universidade .de Yale

O modelo :ortopédico walk-in

um caminho para o cuidado de valor através dos UCAs

POR ALEJANDRO BADIA, M.D., FACS, FRCSI

O MODELO TRADICIONAL de prestação de cuidados ortopédicos está pronto para ser interrompido. Como cirurgião ortopédico que testemunhou as ineficiências em primeira mão, posso atestar que o direcionamento de casos musculoesqueléticos para centros especializados de atendimento ortopédico de urgência conectados a centros de cirurgia ambulatorial (UCAs) representa uma tremenda oportunidade para melhorar a qualidade e o custo do atendimento.



O potencial de economia de custos
Os dados são convincentes: Os custos de saúde poderiam ser reduzidos em mais dedos EUA mais de US$ 38 bilhões por ano com a transferência de procedimentos ambulatoriais adequados para os UCAs. para os casos ortopédicosEspecificamente , a economia é enorme. Ao comparar um modelo de atendimento com o atendimento tradicional do departamento de emergência, os custos totais médios ortopédico de urgência caem de US$ 8.150 para apenas US$ 461 por visita.

A oportunidade de compensação dos trabalhadores
O segmento de indenização de trabalhadores apresenta um caso particularmente forte para esse modelo. A análise mostra que direcionar os trabalhadores lesionados para centros de atendimento ortopédico especializados, em vez de pronto-socorros ou atendimento de urgência geral, pode reduzir o tempo total de tratamento de um caso ilustrativo (exemplo: tendinite de DeQuervain no punho) de 105 dias para apenas 7 dias, reduzindo os custos de US$ 12.450 para US$ 700 por caso.

O desafio do MLR
Embora o potencial de economia de custos seja claro, a exigência do (MLR) paradoxalmente cria um desestímulo para que as seguradoras adotem custo mais baixoMedical Loss Ratio configurações de . A ACA exige as seguradoras quegastem de 80 a 85% do valor do prêmio em reclamações médicas e melhoria da qualidade. Quando os custos diminuem drasticamente por meio da utilização de , as seguradoras devem reduzir os prêmios ASCou pagar abatimentos - nenhum dos dois está alinhado com seus interesses comerciais.

O caminho a seguir
Apesar desses desafios, o modelo de atendimento ortopédico em ambulatório

A conexão com UCAs representa o futuro da prestação de cuidados musculoesqueléticos. Nossos dados mostram que 75% dos casos podem ser tratados de forma definitiva nesse ambiente, sendo que apenas 25% requerem cirúrgicaintervenção .

Esse modelo de comparação da avaliação ortopédica em um departamento de emergência hospitalar versus um especializado inicial centro de atendimento de resulta nessas mudanças:urgência ortopédico

- Reduz o tempo de espera de 46 para 17 minutos
- Diminui o tempo total da visita de 156 para 43 minutos
- Acelera o acesso de especialistas de 3,4 a 1,2 dias

Conclusão
A evidência é irrefutável: centros de atendimento ortopédico de urgênciaespecializados vinculados a UCAs oferecem atendimento superior a custos dramaticamente menores. Embora os obstáculos regulatórios, como a exigência de MLR, possam retardar temporariamente a adoção, a proposta de valor é muito atraente para ser ignorada. Para o UCA Isso representa uma tremenda oportunidade de demonstrar liderança na transformação da prestação de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, conquistar uma fatia significativa do mercado de atendimento hospitalar. ▪



———

Alejandro Badia, M.D., médico é especialista em mão e cirurgião . Ele é o fundador da de extremidades superioresOrthoNOW ,® uma rede de clínicas ortopédicas centros de . atendimentoEle é autor do livro Healthcare from the Trenches (Cuidados com a saúde nas trincheiras*).*



Detalhando os 3avings para um caso de acuidade de Workers' Compbaixa

CUSTOS DA INSTALAÇÃO

Visita ao pronto-socorro	$1,800
Consulta de atendimento ortopédico imediato	$250

CRONOGRAMA DE TRATAMENTO

Modelo tradicional (ocupacional saúde ou centro)de atendimento de urgência geral	Normalmente, semanas a meses para avaliação especializada
Modelo de atendimento de urgência ortopédica	Acesso a subespecialistas ortopédicos no mesmo dia por meio de digital aplicativo ou consulta presencial

Esses dados apoiam uma mudança em todo o setor para o baseado no empregador atendimento de saúde por meio de contratos diretos entre empresas e abrangentescentros ortopédicos , uma vez que as operadoras de seguro não evoluíram com o cenário clínico em constante mudança. Sua função deveria ser aceitar prêmios, pagar sinistros e não interferem no relacionamento entre o paciente e o médico. Os benefícios clínicos e econômicos são evidentes.



Integração do Medical spa em centros cirúrgicos ambulatoriais

POR BRITTANE STRAHAN, MSN, R.N., CCRP

Os Med Spas são práticas inovadoras que oferecem procedimentos estéticos. Normalmente, são práticas autônomas, mas há alguma vantagem em integrá-las ao modelo de Centro Cirúrgico? Se sua meta for aumentar a receita e o acesso dos pacientes, essa pode ser uma adição favorável.

LOGISTICS

Os spas médicos têm licenciamento e credenciamento requisitos desemelhantes aos de um UCA. Isso inclui uma licença comercial (médiocusto : US$ 62) e alguns estados exigem que o médico seja o proprietário.

LICENCIAMENTO E CREDENCIAIS

As equipes jurídicas e de desenvolvimento de negócios devem determinar se é necessária licença .uma comercial separada

O credenciamento é necessário para esteticistas e outros terapeutas, além de para a equipe médica. Embora o licenciamento seja coberto pelo indivíduo antes de ser contratado, educação continuada exigida pode incorrer em auma despesa para o spa médico. O treinamento para procedimentos varia de acordo com o estado.

INSTALAÇÕES

Em 2022, estimava-se que construir do zero poderia custar de US$ 90 a US$ 130 por pé quadrado. As reformas em um espaço existente poderiam custar tanto ou mais do que uma nova instalação. Nos últimos dois anos, os preços aumentaram consideravelmente.

ANÁLISE DE CUSTO HIPOTÉTICA PARA UMA CONFIGURAÇÃO DE TRÊS CÔMODOS:

Instalações	$152,000+
Equipamentos	$200,000-300,000
Móveis	$30,000
Suprimentos clínicos	$12,000-13,000
Licenciamento	Pode custar vários milhares de dólares adicionais e depende do local e do código
Sinalização	Pode ou não ser necessário, dependendo da sinalização . atualAs placas podem custar entre US$ 75 e US$ 2.486
Publicidade	Pode incorrer em cobranças adicionais, mas talvez não seja necessário se a clínica tiver um site e uma clientela estabelecida
Salários	Varia de acordo com a localização geográfica, mas pode variar da seguinte forma • Esteticistas: US$ 15/hora • Enfermeiro : registrado$35/hora • Massagista: US$ 21/hora • Gerente: US$ 20/hora
Acesso ao EMR	Pode ser integrado com o UCA



A integração de um médico spa em um UCA pode ser lucrativa se for feita corretamente e com atenção aos custos iniciais custos. Essa opção inovadora de atendimento pode aumentar o número de clientes e se traduzir em mais negócios para o UCA simplesmente pela positiva associação com o spa médico.

RECEITA

Um spa médico com um local pode gerar US$ 120.000 por mês e, em 2022, a receita média anual foi de quase US$ 2.000.000. Antes de adicionar um novo serviço, a equipe deve avaliar a demanda dos clientes.

Atividades geradoras de receita

- Consultas
- Planejamento
- Acompanhamento

Custos médios*processuais

- Botox - US$ 435 por sessão
- Preenchimentos - US$ 715-900
- Coolsculpting - US$ 3.200
- Resurfacing de pele a laser - $1,829
- Depilação a laser - US$ 697
- Microagulhamento - US$ 100 a US$ 600 (depende do local e do tamanho; o plasma rico em plaquetas aumenta o custo)

**Não é uma lista completa de possíveis ofertas*

FATURAMENT O

PLANOS DE SEGURO E ASSOCIAÇÃO

O seguro pode ser cobrado por serviços cosméticos se eles forem respaldados por um código CID-10 que demonstre médicaa necessidade . Esses procedimentos
deve ser cobrado como qualquer outro procedimento médico, mas o reembolso pode ser menor em comparação com o pagamento adiantado.
No entanto, isso pode levar a um aumento da base de clientes se os procedimentos cosméticos forem cobrados pelo seguro. A transparência dos preços é fundamental e deve ser discutida com o cliente, pois o procedimento pode não ser totalmente coberto.

Outro método de cobrança é oferecer um plano de associação para serviços. Esse serviço do tipo garante um fluxo de receita consistente ao fornecer determinados serviços assinatura como parte de um pacote.

BENEFÍCIOS

Há vários benefícios importantes em ter um spa médico em um UCA.

- "One-stop shop" para trabalho cosmético e outro procedimento médico (por exemplo, abdominoplastia e remoção de cicatrizes)
- Local e equipe conhecidos
- Planejamento consistente
- Potencial de economia (vários procedimentos na mesma instalação)
- Capacidade de vender cosméticos de grau farmacêutico
- Menos funcionários necessários em um integradoambiente



Avaliação do grupo vs. Prática Solo

POR CHARLES NATHAN, M.D.

Um RESIDENTE DE CIRURGIA PLÁSTICA normalmente conclui seu treinamento de cinco a sete anos após a graduação na faculdade de medicina. De acordo com os da dados de 2021 , American Association of Medical Collegesa dívida média da faculdade de medicina foi de US$ 200.000 por aluno que se formou. Isso não inclui nenhuma de graduaçãodívida !

Ao avaliar as ofertas e decidir entre ingressar em um grupo ou em um consultório individual, essa dívida se torna muito grande. Que tipo de estratégias podem ser empregadas para melhorar seu fluxo de caixa e oferecer um local seguro e econômico para realizar suas cirurgias?

Ingressar em um consultório pode oferecer um salário de um a dois anos, mas geralmente requer algum tipo de adesão. Ou talvez você queira trabalhar sozinho. Como pagar a equipe, o aluguel, as despesas gerais e, com sorte, a si mesmo?

A construção de um espaço de escritório para uma clínica de cirurgia plástica de alto nível pode custar facilmente US$ 500 por pé quadrado, excluindo móveis, equipamentos e computadores. Tem convênio médico? Pode levar alguns meses apenas para começar com os planos e mais três a seis meses antes que suas contas a receber comecem a entrar.

Uma verdadeira prática cosmética que não aceita seguro tem vantagens e desvantagens. Quando a economia está forte, as pessoas não pensam duas vezes antes de fazer uma cirurgia cosmética, e muitas financiam o custo por meio da Care Credit ou de empresas semelhantes, permitindo que o cirurgião receba o pagamento imediatamente e evite inadimplências.

Os casos operatórios de cirurgia plástica realizados em regime ambulatorial podem variar de uma hora a mais de seis horas. Os novos cirurgiões devem ter acesso a consistentes horários operacionais quando o paciente desejar agendar. A maioria dos pacientes agenda o procedimento no dia da consulta, depois de se reunir com um coordenador de atendimento ao paciente, portanto, a clínica precisa de blocos de tempo cirúrgico confiáveis para acomodar essa demanda.

O tempo em bloco em um UCA credenciado permite que o cirurgião tenha acesso a uma instalação cirúrgica de alta qualidade, anestesia programada e uma razoável estrutura de custos que é vantajosa para o cirurgião quanto para o paciente.



Custos e benefícios

OS EQUIPAMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA PODEM SER CAROS E EXIGIR UM GRANDE INVESTIMENTO INICIAL, COM CUSTOS CONTÍNUOS DE DESCARTÁVEIS E MANUTENÇÃO.

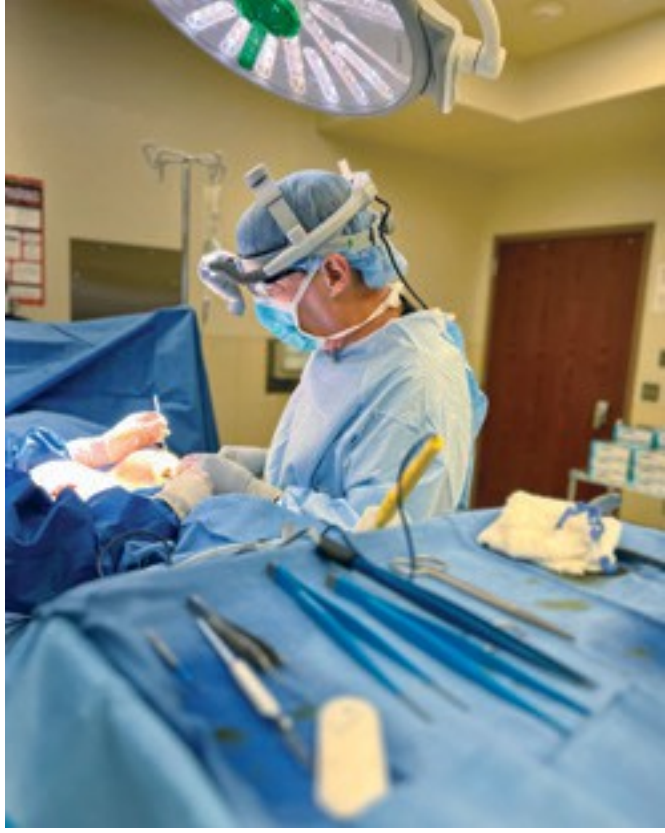
ALGUNS cirurgiões podem optar por comprar seus equipamentos, armazená-los em seu centro e cobrar uma "taxa de uso" dos pacientes. Outros podem preferir permitir que o centro compre o equipamento e repasse uma taxa por uso que o paciente cobre.

Custos:

- Máquina : ultrassônica assistida por VaserUS$ 110.000; custo de US$ 300 a 500 por caso
- Máquina e torre de :lipoaspiração Microaire US$ 50.000; taxa de US$ 300 por caso
- Peças de mão Microaire descartáveis: US$ 110
- Tubo de lipoaspiração por caixa: US$ 10
- Farol : alimentado por bateriaUS$ 5.000
- Conjunto típico de instrumentos (3 conjuntos): $9,000
- Cortinas/Descartáveis: US$ 90 por caixa média
- Medicamentos/vestidos/colas: tópicasUS$ 75 125 por caixaa
- Possível pernoite nas instalações: US$ 1.500
- Em um centro típico, um caso de uma hora tem uma taxa de instalação de US$ 2.000, sem incluir as taxas de anestesia de US$ 450 a US$ 600 em média; um caso de custa US$ 5.700 mais taxas de anestesiaseis horas

EM UM CENÁRIO, o novo cirurgião pode operar em uma instalação que ofereça uma opção econômica, com o equipamento e a equipe fornecidos e mantidos pelo centro. O cirurgião pode as taxas e pagá-las ele mesmo, obtendo algum lucro e talvez pagando pelo assistente cirúrgico. O outro permite que o centro cobre taxas de equipamento além das taxas de sala de cirurgia/anestesia, permitindo que eles recuperem rapidamente o investimento inicial e de manutençãoos custos .

A opção mais lucrativa para o cirurgião é se associar a um novo centro centro no início ou comprar um de treinamento.
centro estabelecido com um mix de casos competitivo que fornece distribuições saudáveis aos seus proprietários. Ter um fluxo de receita mensal do UCA oferece jovem cirurgião o tão necessário fluxo de caixa.



O UCA se beneficia com:

- Agendamento de casos com bastante antecedência
- Tratamento de pacientes normalmente saudáveis com baixa acuidade
- Recebimento de pagamentos em dinheiro dos pacientes, eliminando custos de cobrança e contas a receber
- Garantia de consistente da equipe de enfermagemagendamento , pois os casos consomem tempo e são planejados com antecedência, reduzindo os dias de baixo censo
- Manutenção de um custo razoavelmente baixo por caso

Os cirurgiões plásticos recém-criados precisam decidir se querem construir sua própria sala de cirurgia ou trabalhar em um UCA. Os custos de construção de uma nova sala de cirurgia podem ser significativos, exigindo certificação, espaço para recuperação, equipamentos
e cobertura anestésica consistente. O uso de um UCA elimina a necessidade de grandes inicialização e custos de manutenção, beneficiando financeiramente tanto o cirurgião quanto o UCA. ▪



O Dr. Charles Nathan é um cirurgião plástico certificado em St. Louis. Louis. O Dr. Nathan concluiu cinco anos de cirurgia geral na Ochsner Clinic em Nova Orleans e plástica cirurgia na Lahey Clinic em Boston.

POR FABRICIO GALVÃO
PRESIDENTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA AMBULATORIAL - SOBRACAM



MERCADO : DE CIRURGIA AMBULATÓRIA DA AMÉRICA LATINAUMA OPORTUNIDADE PRIMEIRA PARA O CRESCIMENTO DA MEdTECH

Com a estagnação do crescimento dos hospitais gerais em muitas áreas, surgiram os centros de cirurgia ambulatorial como a principal solução para preencher as lacunas na prestação de serviços de saúde, o que as torna uma grande oportunidade de crescimento.

O mercado de Centros de Cirurgia Ambulatorial (CCAs), especialmente no Brasil, representa um crescimento significativolatino-americano oportunidade para as empresas de MedTech. Impulsionados pela crescente demanda por de saúde acessíveis e econômicassoluções , os UCAs no Brasil e em toda a região estão experimentando uma rápida expansão.
O Brasil, o maior mercado de saúde da América Latina, está liderando essa tendência devido à sua crescente demanda por tratamentos cirúrgicos econômicos, ao aumento da prevalência de doenças crônicas e à mudança para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que reduzem a permanência no hospital e os custos associados.

As empresas de tecnologia médica têm uma oportunidade de capitalizar esse crescimento, abordandoúnica as necessidades dos UCAs, que exigem especializadosequipamentos cirúrgicos , tecnologias avançadas e soluções operacionais simplificadas. As inovações em dispositivos cirúrgicos minimamente invasivos, tecnologias digitais e soluções operacionais simplificadas. As tecnologias de saúde e os sistemas automatizados podem aumentar a eficiência e melhorar os resultados para os pacientes. Embora as principais cidades brasileiras já tenham uma infraestrutura estabelecida, há um movimento claro para expandir os serviços em regiões carentes, criando uma demanda por tecnologia e equipamentos médicos modernos em UCAs. Isso representa um mercado de alto potencial para as empresas que buscam capturar novas de crescimentode saúde de qualidade oportunidades .

Para as empresas desse setor, estabelecer parcerias com provedores locais e adaptar soluções às específicas de saúde da regiãoserá fundamental demandas . Ignorar esse mercado de alto crescimento é correr o risco de perder um importante fator de receita futura. À medida que os UCAs redefinem a prestação de serviços de saúde na América , Latinaas empresas de tecnologia médica têm uma oportunidade de contribuir e se beneficiar dessa transformaçãoinigualável ▪

Colonoscopy powered by AI

MAGENTIQ-COLO™

MAGENTIQ EYE

Transforming the quality of detection without changing your clinical workflow

Better colonoscopy results

↑26% ADR ↑37% APC

Reduced missed rates

↓48% AMR

- AI quality colonoscopy results
- Improved patient trust
- Guaranteed standard of care
- Added financial incentives

CLEARED • CLEARED • FDA • CLEARED • CLEARED



NOVA AVENIDAS PARA CIRURGIA AMBULATORIAL NA EUROPA EM 2025

POR KONSTANTIN YAKIMCHUK, M. .D

O mercado europeu de cirurgia ambulatorial está se adaptando às mudanças no cenário da saúde, priorizando a eficiência, a relação custo-benefício e os melhores resultados para os pacientes. Globalmente, há um grande interesse em aumentar as cirurgias ambulatoriais.

No Reino Unido, a cirurgia ambulatorial cresceu para reduzir as internações hospitalares e aliviar a pressão sobre os leitos. A British Association of Day Surgery e o Centre for Perioperative Care apoiam os trusts do National Health Service na expansão da cirurgia ambulatorial. Da mesma forma, em 2024, a Alemanha implementou novas diretrizes para melhorar a qualidade e a segurança das cirurgias ambulatoriais. Como resultado, os hospitais estão agora expandindo os procedimentos ambulatoriais com maior eficiência e sem comprometer a qualidade.

Na França, o sistema de saúde aprimora a seleção de cirurgias ambulatoriais com protocolos pré-operatórios otimizados e gerenciamento dos resultados dos pacientes. As cirurgias ambulatoriais atendem às expectativas dos pacientes, apoiando a mudança para procedimentos ambulatoriais. Alinhada às tendências europeias de saúde, a Espanha também adotou a cirurgia ambulatorial, enfatizando os sistemas de gerenciamento de qualidade e desenvolvendo ferramentas para o treinamento de profissionais de saúde.

Em resumo, os países europeus pretendem reduzir os gastos com saúde, tornar os sistemas de saúde mais eficientes e transferir o atendimento de pacientes internados para opções mais acessíveis, como a cirurgia ambulatorial.



UK DAY SURGERY

POR DAVID BUNTING

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO BRITÂNICA DE CIRURGIA DIURNA

A British Association of Day Surgery (BADS) promove a excelência em cirurgia ambulatorial em todo o Reino Unido, definida como cirurgia planejada com alta no mesmo dia. Protocolos eficientes de cirurgia ambulatorial continuam a reduzir os cancelamentos, otimizar o uso de salas de cirurgia e liberar leitos de internação para cirurgias de grande porte e internações não planejadas, melhorando o fluxo de pacientes e reduzindo os tempos de espera em acidentes e emergências.

O BADS colabora com o NHS England para melhorar as taxas de casos diários, mantendo a alta qualidade do atendimento e a satisfação do paciente. Procedimentos complexos, incluindo prostatectomia, tireoidectomia e ressecções de câncer colorretal, são cada vez mais realizados como casos diários em alguns centros do Reino Unido. A organização promove a eficiência do teatro por meio de iniciativas como listas de teatro de alta intensidade e procedimentos anestésicos locais realizados em salas de procedimentos aprimoradas, liberando capacidade para casos de anestesia geral.

O investimento em centros cirúrgicos eletivos está expandindo a infraestrutura de cirurgia ambulatorial, com 108 centros em operação e outros 26 planejados para 2025. Esses centros se concentram em cirurgias de alto volume e baixa complexidade. Tecnologias avançadas, como sistemas robóticos e monitoramento remoto de pacientes, aprimoram os recursos de cirurgia ambulatorial e permitem a alta no mesmo dia para procedimentos complexos.

Com as maiores globais taxas de , cirurgia ambulatorialAmbulatory o Reino Unido compartilha as melhores práticas internacionalmente por meio da International Association of Surgery. O Reino Unido usa sistemas de dados nacionais para monitorar o desempenho e abordar as regionaisvariações . Os números mais recentes mostram que a taxa de média day case para todos os procedimentos nos NHS Trusts ingleses chegou a 84,5%, no caminho certo para atingir a meta estabelecida pelo NHS England de 85% até final de março deste ano▪

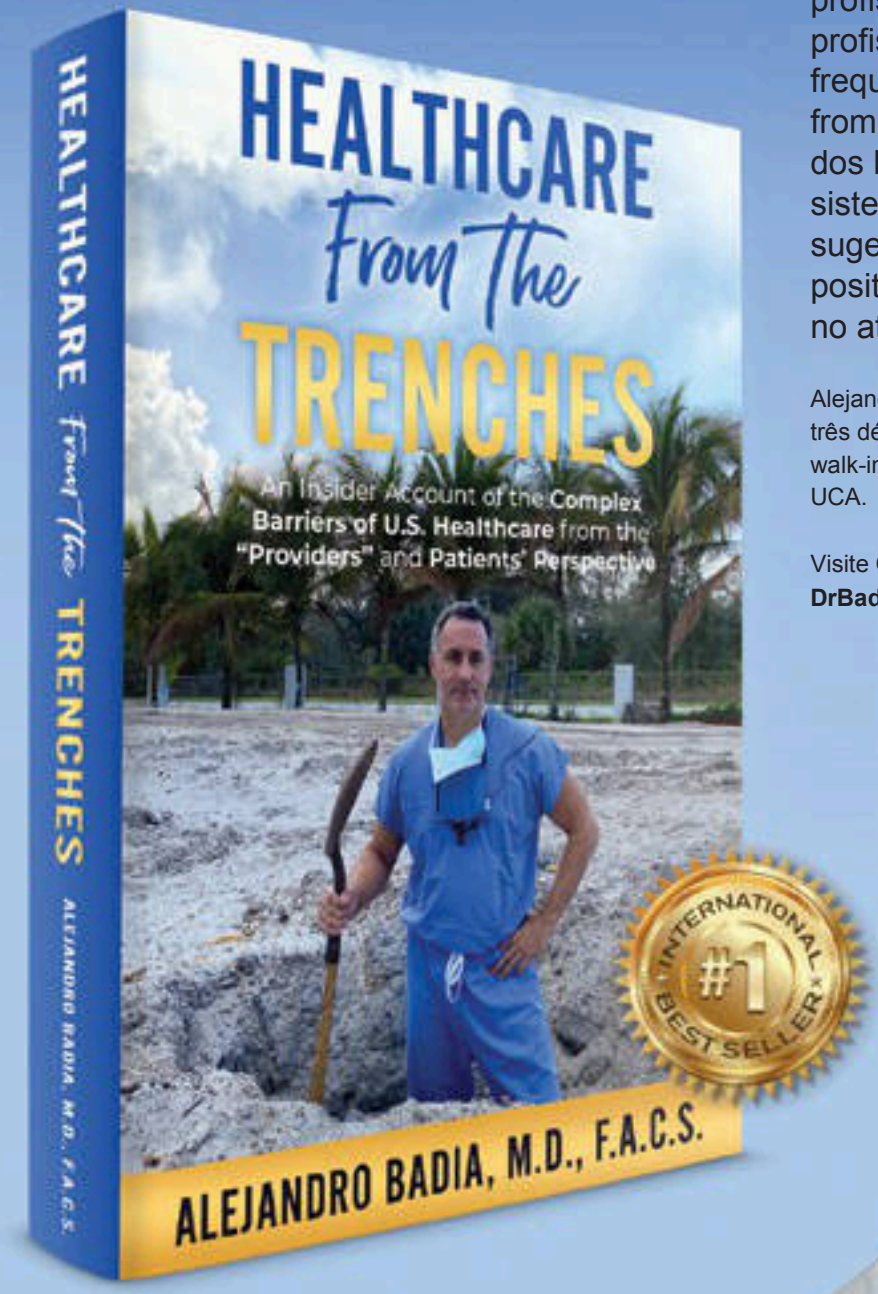
Os médicos e o setor de UCA devem assumir ana verdadeira reforma do sistema de saúde

O Dr. Alejandro Badia explica por quê.

Em meio a extensas discussões sobre políticas de saúde, as percepções dos profissionais da área - médicos e profissionais de saúde - são frequentemente ignoradas. "Healthcare from the Trenches" oferece uma visão dos bastidores do nosso conturbado sistema , de saúdejuntamente com sugestões práticas para positivasmudanças , incluindo um foco no atendimento ambulatorial.

Alejandro Badia, MD, cirurgião ortopédico de mão com três décadas de experiência e fundador da OrthoNOW® walk-in centers, tem estado na vanguarda do setor de UCA.

Visite **OrthoNOWcare.com** para obter mais detalhes e **DrBadiaBook.com** para obter informações .adicionais





amazon BARNES&NOBLE

CARETA CARE

LEIS

POR SHAKEEL AHMED, M. .D

"Se você olhar por tempo suficiente para um abismo, o abismo olhará de volta para você."

— Friedrich Nietzsche

EMBORA UMA EMPRESA DE GERENCIAMENTO possa desaconselhar o aperto excessivo de um nó por medo que ele se rompa, cirurgião praticante sabe exatamente o quanto oé apertado demais. O raciocínio aqui decorre de uma profunda compreensão das inúmeras nuances da cirurgia, adquirida em anos de experiência na realização de centenas, se não milhares, de procedimentos. Essa perspectiva vem do fato de estar envolvido em todos os estágios: da visita , inicial ao consultórioà internação, à ao cirurgia ou procedimento em si e à jornada de recuperação - ou ao gerenciamento de quaisquer complicações ao longo do caminho.

Da mesma forma, mas tangencialmente, se o seu carro quebrar, para quem você prefere levá-lo? À pessoa que ensina a consertar carros ou à pessoa que os conserta todos os dias? Essa é a analogia que se encaixa no cirurgião proprietário/operador de um UCA. Há um ditado famoso na residência em cirurgia , geralmente usado como um editorial sarcástico geralsobre os professores que não têm nada em comum com os profissionais da : "Aqueles que podem, fazem; aqueles que não podem, ensinam".

Nada exemplifica especializado melhor necessário para administrar um UCA do queo conhecimento a miríade de leis que as pessoas precisam navegar quando entram no negócio de UCA. Esse negócio foi regulamentado, moderado e complicado, dizimados, permutados, anotados, legislados e apropriados até a morte.

Com base em minha própria experiência, posso dizer que meus 25 anos no campo de negócios da UCA me deram a A sala de aula. experiência conhecimento de um é ele profissional jurídica de dos saúde cirúrgicos muito importanteamplo , pois centros que tem não é possível um uma e profundo desse negócio e perspectiva ambulatoriais aprender em uma Uma sala de aula é para as listas de itens e os exercícios. O médico com experiência em UCAs sabe o que está escrito em tinta invisível entre cada um desses tópicos.

Obtive meu próprio "MBA" particular no campo do tempo, aquele que vem com, como Shakespeare escreveu, as "fundas e flechas da fortuna ultrajante". Há outros como eu por aí que capitanearam esse mesmo barco, portanto, se você estiver no ramo de UCA e por acaso cruzar com um operador de cirurgias com experiência como essa no campo, agarre logo esse presente enviado por Deus. Esses talentos valem seu peso em ouro.

Uma forma de mostrar seu peso em ouro é o conhecimento do cirurgião operador sobre as leis , de saúdeespecialmente porque elas pertencem específica e inerentemente não apenas à prática do cirurgião, mas à relevância das leis para os de propriedade de médicoscentros . cirúrgicos Aqui , estãoresumidamente, algumas das leis que dizem respeito aos centros cirúrgicos e como e por que você deve navegar por essas leis.



O PROBLEMA:
Um médico que recomenda um exame, encaminhamento ou serviço médico pode ganhar com fraudulentos e exames, desnecessáriosenca minhamentos e médicos serviços . Ganhos financeiros ou patrimoniais do atendimento ao paciente que representam um conflito de interesses. Se um médico é proprietário de um centro de ressonância magnética do outro lado da rua e acha que todos os seus pacientes precisam de uma ressonância magnética, todos os seus pacientes precisam de uma ressonância magnética.
mês e duas vezes aos três domingos, isso pode setornar muito caro para pagadores de assistência médica. Isso não passa no teste do mau cheiro. do governo.

A SOLUÇÃO:
A Lei 3tark

LEI STARK

A Lei Stark, originalmente implementada em 1995, é um conjunto de leis federais dos EUA que proíbe a autorreferência de médicos, especificamente, o encaminhamento por um médico de um paciente de uma entidade de saúde financiada pelo governo federal (ou seja, um paciente do Medicare, Medicaid ou Tricare) a uma entidade para a prestação de serviços de saúde designados (DHS) se esse médico ou um membro da família de um médico tiver um relacionamento financeiro com essa entidade. Em outras palavras, se o médico ou membro da família puder se beneficiar financeiramente dessa indicação, a Lei Stark foi criada para eles. Esse controle está sob a alçada das leis de fraude e abuso do Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). No entanto, há mais de 20 exceções à Lei Stark e, para se qualificar para elas, é necessário que a prática atenda à definição de “prática de grupo” do estatuto. Ah, é aqui que entra o UCA.

Portanto, há três perguntas-chave, todas as quais exigem uma resposta negativa; caso contrário, você estará violando a lei e poderá ser severamente multado. Isso se aplica mesmo que sua indiscrição seja acidental. Essas perguntas-chave são:

- Há um encaminhamento de um do Medicare ou Medicaid paciente por um médico ou membro de sua família?
- O encaminhamento é para o que é considerado um serviço de saúde designado (DHS)? A propósito, . isso é uma "coisa"(Veja abaixo.)
- Existe algum tipo de relação financeira entre o referenciador e a entidade que recebe e age com base nessa indicação?

O que é a prática de grupo

- A prática deve ter pelo menos dois médicos em uma parceria legal, corporação , profissionalfundação ou outro tipo de associação semelhante. Uma empresa individual que não esteja legalmente organizada como um "grupo" oficial não se .
- Cada provedor deve fornecer a maior parte do DHS prestado por meio do uso de espaço , de escritório compartilhadoequipamentos e auxiliar.equipe
- O grupo deve ser uma empresa "unificada", ou seja, com controle sobre ativos, passivos, orçamentos, remuneração e salários, finanças consolidadas (faturamento e centralizado contabilidade) e análise de utilização centralizada.
- Todas as receitas são receitas do "grupo". Não empreendimentos paralelos independentes que emanem são permitidos do próprio grupo. (Empreendimentos paralelos não são as práticas privadas reais dos médicos proprietários do UCA).
- Os custos indiretos e a receita são definidos antes de o pagamento ser recebido e reconciliado, embora seja permitida a revisão de receitas .futuras e antecipadas
- Todos os membros do grupo devem contribuir com pelo menos 75% de seu profissional tempo para o grupo.
- Uma repercussão devastadora para a violação é a exclusão de participação no Medicare, Medicaid e em todos os outros planos e programas federais que prestam assistência médica ou reembolsam por ela. Essa sanção poderia acabar com a existência viável de um UCA.



"Nada exemplifica mais
oASC do que a miríade de
conhecimento especializado
necessário para administrar
um leis que as pessoas
precisam navegar quando
entram no negócio ."de UCA

- DR. SHAKEEL AHMED



Aqui está a boa notícia: se você se lembra da exclusão por estar em uma "prática de grupo", a Lei Stark
contém várias exceções, incluindo as seguintes:

- Serviços auxiliares no consultório (no local), como serviços , terapia ocupacional e física, serviços de imagem, uso de equipamentos médicos duráveis e outros.de laboratório clínico
- Propriedade em negociados publicamente títulos e fundos mútuos e, felizmente, cirurgia ambulatorialcentros de .

Serviços auxiliares no consultório São serviços fornecidos pessoalmente pelo médico que fez o encaminhamento, por alguém do grupo ou por alguém diretamente supervisionado por ele.

- Deve ser fornecido em um prédio no qual o médico que fez o encaminhamento ou outro membro do grupo da prática do grupo forneça serviços médicos não relacionados ao DHS ou em outro prédio usado pela do grupo prática para "o fornecimento centralizado dos de saúde designados do gruposerviços ".
- Devem ser faturados pelo médico que os realiza ou supervisiona, por seu grupo, usando um número de .faturamento do grupo

Uma distinção importante se aplica ao UCA. Você pode entrar, realizar a cirurgia ou o procedimento e cobrá-lo de sua clínica. A anestesia, a recuperação, os suprimentos, o tempo de sala de cirurgia, etc., são cobrados como DHS para serviços - os auxiliares DHS . designados pelo ASCApesar de ter seu próprio consultório particular, ao qual são pagos os honorários do cirurgião, você desfruta dessa distinção porque, quando o UCA obtém lucro com esses serviços auxiliares, você - como proprietário - recebe uma parte.

O que são os serviços de saúde designados?

O CMS definiu e agrupou os serviços de saúde designados (DHS) atribuindo-lhes códigos . CPTSe um serviço não estiver incluído na lista de DHS do CMS, ele não poderá ser identificado como tendo sido violado dentro do escopo das leis federais antitruste. Entretanto, a exceção dos serviços auxiliares não significa que você pode cobrar um milhão de dólares do Medicare por um raio X. Dentro da lei, há um esclarecimento muito claro de que esses DHS devem ser prestados de acordo com valor justo de mercado. Isso significa que, para o raio X , a cobrança será de aproximadamentede um milhão de dólares é aceito na comunidade e como senso comum por uma razoáveltaxa . (Um milhão é provavelmente um pouco alto!)

O valor justo de mercado deve ser estabelecido com base nos preços dos mesmos serviços praticados na comunidade. Ele se aplica a um preço qual qualquer comprador e com o normalmente concordariam. Além disso, não pode haver cobranças inflacionadas pelo volume ou pela complexidade dos encaminhamentos, o que contradiz a prática aceitável de receber vendedor, sem relação financeira, pagamentos baseados no tempo ou na unidade de serviço.

A Lei Stark só se aplica a centros de cirurgia ambulatorial muito limitadade forma , especificamente em casos de centros de cirurgia especializados que oferecem propriedade a internistas, quiropráticos, advogados, etc. Esse é um subconjunto muito especializado de centros cirúrgicos e precisa ser conduzida com os especialistas certos a bordo.



O PROBLEMA:
Medicare ou Medicaid os provedores poderiam ser motivados por incentivos financeiros para encaminhar pacientes para outros.

A SOLUÇÃO:
Estatuto Anti-Kickback

ESTATUTO ANTI-REEMBOLSO

A segunda lei que abordarei é a Lei StatuteAnticorrupção Anti-Kickback (, AKS). Para entender o que esse estatuto significa, você deve primeiro saber o que é .uma propina Ao contrário da Lei , Starkque se refere apenas a médicos, qualquer pessoa pode usar propinas. Se qualquer pessoa usar um pagamento ou compensação que incentive um paciente a ir ao seu consultório ou instalação, isso é uma propina. Se você disser a um paciente que ele receberá uma consulta gratuita para cada cinco pacientes encaminhados a você, isso é uma propina. Mesmo que você demonstre sua gratidão cobrando do paciente "somente seguro", isso também é uma propina. Ele também redefine sua "usual taxa" pela qual o seguro escolhee costumeira para pagar a você. Se seu contrato exigir reembolso de 80% dos usuais e costumeiroshonorários , agora você receberá 80% dos honorários , ou seja, somente do seguro80% de 80%. Tenha cuidado com sua generosidade!

Além disso, diferentemente da Lei , Starka violação do Estatuto Anticorrupção pode significar, além de penalidades civis, pena de prisão, prevendo punição criminal além das civissanções .

O Anti-Kickback Statute, que proíbe indicações falsas, utilização excessiva, aumento de custos e até mesmo serviços de baixa qualidade. É um estatuto criminal que proíbe a troca de qualquer coisa de valor para induzir a indicação de negócios que sejam reembolsáveis por federais de saúdeprogramas .

Especificamente, em casos de centros , a Lei Anticorrupção se aplica comcirúrgicos em pleno vigor, com penalidades de multas de até US$ 25.000 e cinco anos de prisão até mesmo menor das infrações. federais para a As leis Anti-Kickback foram implementadas pelo governo dos EUA para evitar a criação de um ambiente de remuneração ilícita de ou retorno pelo atendimento ao paciente, portanto, o Estatuto Anti-Kickback se aplica a todos os envolvidos no negócio, não apenas aos médicos. Dito isso, durante década de 90, o governo começou a perceber que a lei poderia ser muito rigorosa em sua possibilidade se uma lei aplicação e criou o que ficou conhecido como "safe compensação.harbors", que daria de aos médicos a submeterem a de
Exceções importantes para no proprietários e administradores de UCA gerenciamento e sobrevivência leis .anti-reembolso

Safe Harbors, exceções, exclusões e outros 3inônimos confusos

O espírito da Lei Stark e do Estatuto Anticorrupção é semelhante, criando sobreposição e redundância, embora os detalhes sejam diferentes. No caso da Lei Anticorrupção, os "portos seguros" acima incluem quatro ligeiramente diferentes:

- UCAs de propriedade de cirurgiões
- UCAs de especialidade única
- UCAs multiespecializados
- UCAs de propriedade de hospitais e médicos (joint ventures)

Além disso, para cada um desses diferentes tipos de UCAs, há seis requisitos básicos para se qualificar para os safe harbors dos UCAs. Correndo o risco de provocar um déjà vu - e por isso achei necessário essa redundância - os seis requisitos básicos são os seguintes:o pedido de desculpas por toda

- A propriedade ou o preço não devem estar relacionados ao volume ou ao valor das indicações.
- Não deve haver empréstimos ou de empréstimos garantias a um investidor em potencial por parte dos proprietários ou operadores do centro .cirúrgico
- As distribuições dos lucros de um centro cirúrgico devem ser diretamente proporcionais ao valor do investimento de capital desse investidor. (Um médico com apenas uma ação do UCA lucra apenas um terço do que é obtido por um médico que possui três ações).
- Todos os serviços auxiliares devem estar direta e integralmente relacionados aos procedimentos primários realizados no UCA, e nenhum deles pode ser cobrado separadamente ao Medicare.
- O UCA deve tratar os pacientes de forma não discriminatória. (Isso do Medicare pressupõe que ele se destina a do - e pacientes do Tricare).Medicaidaté mesmo
- Cada paciente deve ser totalmente informado sobre a propriedade do médico.

Eu recomendaria a todos os administradores ou proprietários que memorizassem esses seis requisitos básicos de UCA que se qualificam como portos . seguros para ASCVocê terá que reverter ou consultar esses portos seguros repetidamente ao longo de sua carreira, talvez até mesmo diariamente. Cada um desses portos seguros deve ser atendido em sua totalidade.

Como um exemplo rápido, se você comprar ações de uma UCA abaixo do valor justo de mercado, não se sinta especial. Você acabou de se marcar como destinatário de uma propina. Se o seu UCA vendeu ações a um cirurgião vinculado às indicações dele para o centro, você acabou de distribuir uma propina. Ambas as situações têm devastadorasconsequências .

O PROBLEMA:
Cartéis e monopólios que têm muita influência naeconômica às custas de menoresconcor rentes .

A SOLUÇÃO:
A Lei Sherman, promulgada em 1890, foi legislado para controlar os agentes do poder que interferem na justiça comércio e livre concorrência.



LEIS FEDERAIS ANTITRUSTE

As últimas leis que menciono rapidamente são as Leis Federais Antitruste. As Federais Antitruste Leis são estatutos desenvolvidos pelo governo para proteger os consumidores de práticas comerciais predatórias e para garantir uma concorrência justa. As leis antitruste se aplicam a uma ampla gama de atividades comerciais questionáveis, incluindo alocação de mercado, manipulação de licitações e monopólios. Mais importante ainda, em casos de assistência médica, as leis federais antitruste que mais afetam os fornecedores são a Lei Sherman e a Seção 7 da Lei Clayton.

A Lei dos Shermanos

A Lei Sherman tem duas seções - três, se você contar a que se estendeprincipais para para todos os territórios dos EUA e o Distrito de Colúmbia.•

- Seção 1. Todo contrato, combinação na forma de trust ou de outra forma, ou conspiração, para restringir o comércio entre os diversos estados ou com nações , estrangeirasé declarado ilegal.
- Seção 2. Toda pessoa que monopolizar ou monopolizartentar monopolizar, ou combinar ou conspirar com qualquer outra pessoa ou pessoas, para monopolizar qualquer parte do comércio entre os diversos estados ou com nações estrangeiras, será considerado culpado de um crime.
- A Seção 1 trata de conspirações para restringir o comércio e se aplica à fixação de preços e boicotes, e a Seção 2 trata de monopólios ilegais. Um monopólio ilegal, de acordo com a Seção 2 da Lei Sherman, é adquirido intencionalmente por conduta predatória ou outros ilegaismeios .

A Clayton Lei

A Lei - mais Clayton especificamente, a Seção 7 da Lei - proíbe Clayton a fusão de duas ou mais entidades que possam resultar em redução da concorrência, e isso pode ser implicado quando médicos, consultórios ou entidades de saúde se fundem e a combinação resultante ameaça concorrentes locais menores.

Desde que a lei foi originalmente transformada em lei, ocorreram alguns ajustes aqui e ali. A já mencionada Clayton Antitruste Lei foi aprovada em 1914 para acrescentar novas atividades proibidas à lista antitruste que estavam fora do escopo da lei . Além disso, ajustou as salvaguardas contra a discriminação de preços entre diferentes compradores, exclusividade originalacordos dee aquisições que reduzem a concorrência .no mercado

Se esta é a primeira vez que ouve falar sobre isso, você pode presumir que as leis antitruste não se aplicam especificamente a centros cirúrgicos. Embora isso possa parecer verdade à primeira vista, a realidade se torna mais clara e preocupante quando você abre seu centro cirúrgico autônomo. Os hospitais concorrentes , com seus bolsos fundos locaise fortes conexões , de repente políticaso veem como inimigo. Você provavelmente testemunhará um comportamento dessas entidades que, de alguma forma, passa despercebido pelas autoridades regulatórias. Enquanto isso, você desfrutará não da mesma invisibilidade. Como delesconcorrente , é quase certo que passo em falso de sua parte será notado e será punido. qualquer ▪

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

"Gostaria de enfatizar que, embora o conhecimento superficial da das Lei Stark e Leis Federais Antitruste seja bom para os médicos, uma compreensão completa dos Estatutos Federais e Estaduais Anticorrupção é imprescindível para todos os investidores nos negócios . do Centro de Cirurgia AmbulatorialNavegar pelas traiçoeiras minas terrestres das anti-reembolso leis será a base de seu trabalho jurídico nesse negócio." - DR. SHAKEEL AHMED

Histerectomia em um centro cirúrgico

POR MICHAEL SCHIFANO, M.D.



A HISTERECTOMIA É UM DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS COM FREQUÊNCIA MAIS NOS ESTADOS UNIDOS.

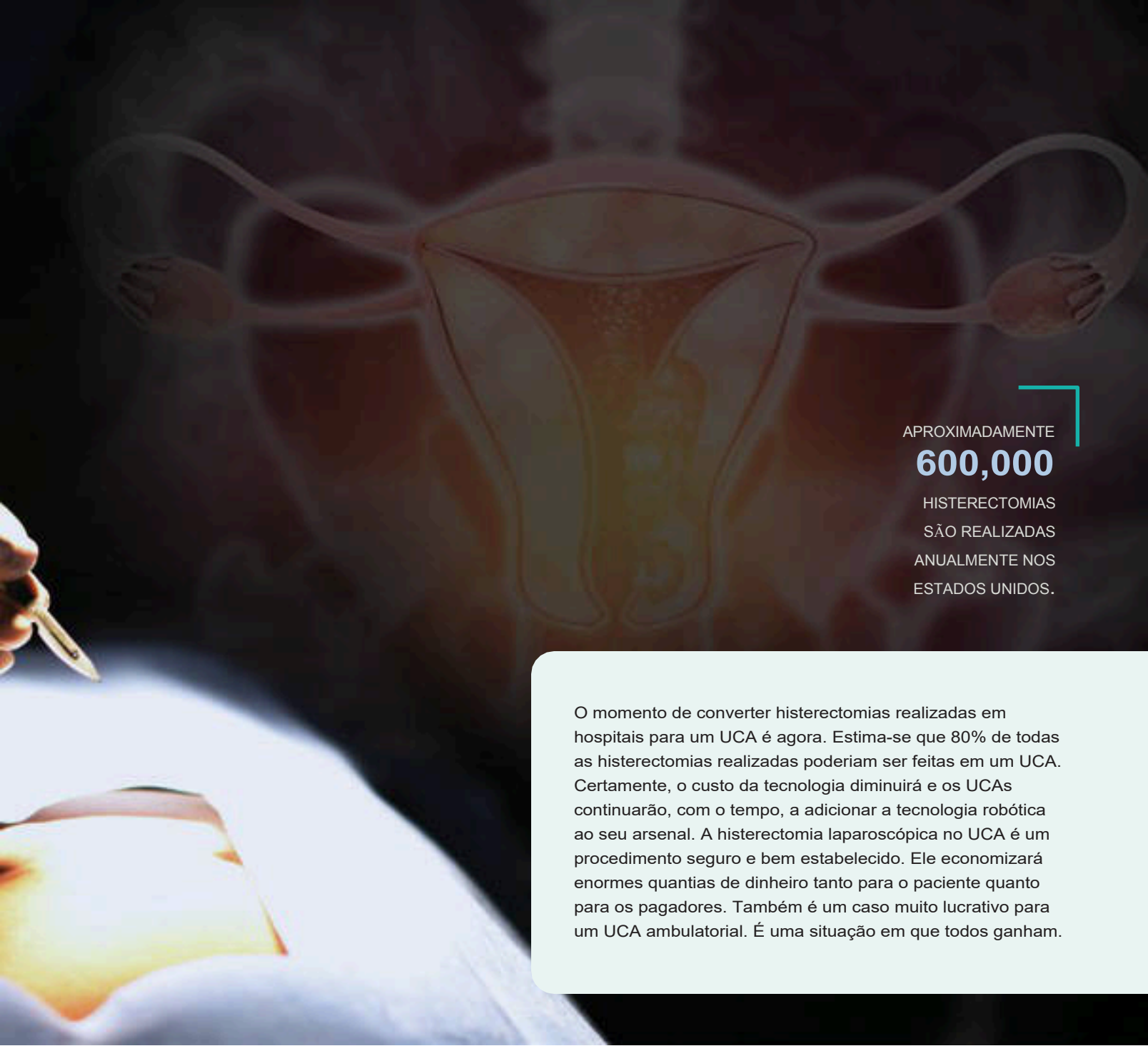
A escolha da via de histerectomia para benignas causas pode ser influenciada por vários fatores, inclusive:

- o tamanho e o formato da do vagina e útero
- acessibilidade ao útero
- extensão da doença extrauterina
- a necessidade de procedimentos simultâneos
- treinamento e experiência do cirurgião
- volume médio de casos
- tecnologia, dispositivos e suporte hospitalares disponíveis
- se o caso é emergencial ou programado de acordo com a preferência do paciente informado.

Os procedimentos vaginais e laparoscópicos são considerados abordagens cirúrgicas "minimamente invasivas" porque não exigem uma grande incisão abdominal e, normalmente, estão associados a tempos mais curtos de hospitalização e recuperação pós-operatória em comparação com a histerectomia abdominal aberta.

As abordagens minimamente invasivas para histerectomia devem ser realizadas, sempre que possível, com base em suas vantagens bem documentadas em relação à histerectomia abdominal. A abordagem vaginal é a preferida entre as abordagens minimamente invasivas. A histerectomia laparoscópica é uma opção preferível

A histerectomia abdominal aberta é uma alternativa à histerectomia abdominal aberta para aquelas pacientes para as quais a histerectomia vaginal não é indicada ou viável. Embora as abordagens minimamente invasivas da histerectomia sejam a via preferida, a histerectomia abdominal aberta continua sendo uma opção cirúrgica importante para algumas pacientes. O ginecologista-obstetra deve discutir as opções com as pacientes e fazer recomendações claras sobre qual via de histerectomia maximizará os benefícios e minimizará os riscos, considerando a situação clínica específica. As vantagens e desvantagens relativas das abordagens da histerectomia devem ser discutidas no contexto



APROXIMADAMENTE
600,000
HISTERECTOMIAS SÃO REALIZADAS ANUALMENTE NOS ESTADOS UNIDOS.

O momento de converter histerectomias realizadas em hospitais para um UCA é agora. Estima-se que 80% de todas as histerectomias realizadas poderiam ser feitas em um UCA. Certamente, o custo da tecnologia diminuirá e os UCAs continuarão, com o tempo, a adicionar a tecnologia robótica ao seu arsenal. A histerectomia laparoscópica no UCA é um procedimento seguro e bem estabelecido. Ele economizará enormes quantias de dinheiro tanto para o paciente quanto para os pagadores. Também é um caso muito lucrativo para um UCA ambulatorial. É uma situação em que todos ganham.

O paciente e o profissional de saúde devem determinar o melhor curso de ação após essa juntos discussão.

Voltar para casa no mesmo dia

Aproximadamente 60% das histerectomias nos Estados Unidos são realizadas em ambientes ambulatoriais. Essa é uma mudança surpreendente, pois era de apenas 15% há uma década. Essa mudança em direção aos procedimentos ambulatoriais se deve, em grande parte, aos avanços nas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como histerectomias laparoscópicas e vaginais, que facilitam mais curtos e redução da necessidade de internações hospitalares prolongadas. A porcentagem exata de histerectomias realizadas especificamente em UCAs varia de acordo com fatores como a infraestrutura regional de saúde, a demografia dos pacientes e a complexidade dos casos. É importante observar que, embora muitas histerectomias sejam adequadas para ambientes ambulatoriais, alguns casos - especialmente aqueles que envolvem comorbidades significativas ou complicações previstas - ainda podem precisar de atendimento hospitalar em um ambiente hospitalar. O uso da tecnologia robótica tem sido um grande impulsionador das histerectomias em um mesmo dia.



A PORCENTAGEM GERAL de HISTERECTOMIAS REALIZADAS NO UCAs CONTINUA SENDO UM NÚMERO DE UM DÍGITO.

Por que isso acontece? Por que a maioria das histerectomias ainda é realizada em hospitais e não em UCAs?

O motivo número 1 é a falta de conforto dos médicos. Isso pode ser resultado de inadequados exposição e treinamento durante a residência. Também pode ser seja que, à medida que os médicos aumentam a utilização da tecnologia robótica, é menos provável que eles escolham a assistência laparoscópica ou vaginal total abordagens. O número de histerectomias robóticas aumentou muito na última década e, de acordo com o *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 60% de todas as histerectomias foram realizadas com assistência .robótica

Atualmente, esse parece ser o maior impedimento para a transição das histerectomias para o ambiente das UCAs. Atualmente, a maioria dos UCAs não adquiriu tecnologias robóticas. Embora isso seja Atualmente, a tecnologia robótica para adquirir um robô. A aceleração da acessível está é que o custo é simplesmente proibitivo para a maioria dos cirúrgicos mudando, embora lentamente, mas o fato centros onde as histerectomias seriam realizadas tecnologia robótica em outras linhas de serviço já está bem estabelecida. Isso é verdade na ortopedia, onde aproximadamente um terço dos UCAs ortopédicos tecnologia robótica para auxiliar seus cirurgiões.

De modo geral, a tendência de realizar histerectomias em ambientes ambulatoriais reflete um movimento mais amplo na área da saúde para aumentar do paciente a conveniência e reduzir os custos sem comprometer a segurança ou os resultados.

Aqui está uma comparação detalhada dos prós e contras de realizar uma histerectomia em um centro cirúrgico em comparação com um hospital:

PRÓS

- Eficiência de custos: Os centros cirúrgicos geralmente cobram taxas significativamente mais baixas em comparação com os hospitais. Para pacientes que pagam do próprio bolso ou têm planos de seguro com franquia alta, isso pode fazer uma diferença financeira substancial.
- Processos simplificados: Os centros cirúrgicos normalmente oferecem uma gama mais focada de procedimentos, permitindo um agendamento mais rápido e tempos de espera mais curtos. A natureza simplificada de suas operações geralmente resulta em atrasos pré-operatórios e pós-operatórios reduzidos.
- Atendimento : centrado no pacienteMuitos centros são cirúrgicos projetados para oferecer um ambiente mais personalizado e confortável. Os pacientes podem se sentir menos sobrecarregados do que em um hospitalar maior e mais movimentadoambiente .
- Menor risco de infecções: Os centros de cirurgia registram mais baixas ambulatorial taxas de infecções adquiridas no hospital (HAIs) em comparação com os hospitais, principalmente porque lidam com menos complexos e de alto casos .risco

CONS

- Recursos de emergência limitados: Os centros cirúrgicos não estão equipados para lidar com complicações ou emergências . Se imprevistos gravessurgirem problemas durante a cirurgia, os pacientes podem precisem ser transferidos para um hospital, o que pode atrasar o atendimento crítico.
- Critérios de elegibilidade: Nem todos os pacientes se qualificam para a cirurgia em um UCA. Aqueles com históricos médicos complexos, comorbidades significativas ou riscos cirúrgicos mais altos são frequentemente encaminhados a hospitais onde há recursos abrangentes disponíveis.
- Tempo de recuperação mais curto no local: cirúrgicos Os centros geralmente dão alta aos pacientes no mesmo dia, o que pode não ser ideal para pessoas que precisam de observação ou cuidados pós-operatórios prolongados.

A escolha entre um centro cirúrgico e um hospital depende em vários fatores:

HISTÓRICO MÉDICO: Os pacientes com subjacentes problemas de saúde ou casos complexos podem se beneficiar do atendimento abrangente disponível em um hospital. Essa deve ser uma decisão relativamente fácil para o cirurgião tomar. Qual é o tamanho do útero? Suponho que um cirurgião ginecológico raramente se comprometeria com uma histerectomia ambulatorial em um UCA sem pelo menos um ultrassom recente no prontuário. Esses itens dependem do provedor: seleção do índice de massa corporal, anteriorescesarianas , cirurgias abdominais e estado de saúde. geral Não se esqueça de que o nível de conforto entre um hospital um e UCA também parceiros . Se ainda não estiver fazendo isso, seria varia entre seus de anestesiauma ótima prática para todas as possíveis candidatas à histerectomia em um UCA fazer uma visita pré-operatória com a anestesia pelo menos um dia antes do procedimento pretendido. Essa é uma boa prática para todos os procedimentos , cirúrgicosmas é ainda mais importante no caso de procedimentos UCA de grande porte.

CUSTO: para pessoas com restrições financeiras, cirúrgicos os centros podem oferecer uma opção mais econômica.

CONVENIÊNCIA: Os centros cirúrgicos geralmente oferecem mais rápido agendamento e um ambiente menos intimidador, o que os torna uma opção atraente para pacientes .qualificados

NECESSIDADES DE SUPORTE: Os pacientes que preveem a necessidade de monitoramento ou cuidados pós-operatórios prolongados devem considerar um ambiente hospitalar.

LOCALIZAÇÃO: um aspecto importante é a distância até o hospital mais próximo. Se estiver no campus de um próximohospital , a facilidade de transferência diante de uma complicação não será um problema. Por outro lado, se estiver a meia hora de distância e implicar uma logística significativa para iniciar uma urgentetransferência , isso limitará a disposição da maioria dos cirurgiões ginecológicos de realizar grandes cirurgias nesse local, independentemente de seu conjunto de habilidades laparoscópicas.

TEMPO DA EQUIPE: Considere até que horas a equipe fica no local. A recuperação da anestesia geral para uma anestesia geral.histerectomia requer tempo, mesmo que a melhor opção seja a

Os protocolos de recuperação aprimorada após a cirurgia (ERAS) são iniciados. Espere uma recuperação de quatro a seis horas para cada paciente. Alguns estados permitem que os UCAs tenham uma unidade de recuperação de 23 horas, o que seria o ideal. No entanto, se for um turno único e todos forem para casa às 17h, você poderá limitar a histerectomia apenas ao primeiro horário . das às 8hUma maneira eficaz de fazer a transição do hospital para o UCA para histerectomias é cronometrar os horários de alta de suas pacientes ao longo de alguns meses. Se você conseguir dar alta a 80% das suas pacientes em até seis horas após o término da cirurgia, você está pronto para fazer a transição das suas pacientes para um UCA.

EQUIPAMENTOS: Se você já estiver fazendo cirurgia laparoscópica no centro cirúrgico, terá as portas corretas e a maioria dos equipamentos. O essencial é um dispositivo Ligature by Covidien ou algo do gênero. Outro dispositivo bipolar de vedação de vasos é o sistema de energia inteligente Voyant da Applied Medicals. No que diz respeito a um sistema de manipulação uterina, o sistema Rumi-Koh da Cooper é excelente. Além disso, o manipulador uterino con Med V care plus funciona bem. Há um sistema Fornisee da LSI Solutions que fornece uma borda iluminada ao redor do colo do útero que pode ser vista por laparoscopia para fornecer uma pista iluminada para a incisão de colpotomia. Todos funcionam da mesma forma, pois fornecem um copo que se encaixa perfeitamente ao redor do colo do útero e pode ser usado para a incisão de colpotomia com cautério monopolar. Por fim, o manguito vaginal sempre pode ser fechado por baixo da maneira antiga. Ele pode ser fechado de forma fácil e eficiente com um ponto final utilizando uma sutura V-lock. Tanto a Covidien quanto a Medtronic oferecem esses dispositivos.▪



O Dr. Michael Schifano é ginecologista , certificado pelo conselhoex-chefe de obstetrícia do Eisenhower Army Medical Center e instrutor clínico do Medical College of Georgia. Ele fundou a Heartland Women's Healthcare em Marion, Illinois.



Notícias : do Knock-Out
Agentes Voláteis vs. Hipnóticos Sedativos

POR GOSIA BORCHARDT

Todos os dias, milhares de pacientes são submetidos a cirurgias que exigem anestesia geral. A anestesia geral permite que os pacientes fiquem em um estado completamente inconsciente, sem dor, amnésico e com relaxamento muscular total. Atualmente, há duas abordagens diferentes para a administração da anestesia geral. Este artigo comparará o custo e a eficácia de cada método em um centro cirúrgico.

Além do custo puro por paciente dos dois métodos diferentes de anestesia, é preciso considerar aspectos imensuráveis de cada abordagem. Por exemplo, todos os agentes inalatórios são liberados no ar por meio de um sistema de eliminação que danifica muito a camada de ozônio. No entanto, é relativamente simples de usar quando se considera manter o paciente totalmente inconsciente.

Por outro lado, a TIVA com propofol não agride o meio ambiente e, além disso, devido às suas propriedades antieméticas, tende a receber pontuações mais altas de satisfação do paciente. Entretanto, devido à sua utilização menos frequente, muitos anestesistas podem não se sentir totalmente à vontade para administrar esse tipo de anestésico. Os pacientes que estão recebendo TIVA também correm um risco maior de serem retirados da cirurgia.

1 A primeira abordagem, e a mais usada, para administrar anestesia geral é com o uso de AGENTES VOLÁTEIS. Todos os aparelhos de anestesia são feitos para acomodar vários gases anestésicos. Também parece ser a maneira mais barata de administrar o anestésico. Por exemplo, o sevoflurano (o agente volátil usado com mais frequência) custa aproximadamente US $ 95 por frasco. Com o uso criterioso de gases frescos (menos de 2L/min), um frasco pode fornecer anestesia para vários pacientes.

Entretanto, por mais barato que esse método pareça ser, é preciso considerar os riscos para o paciente ao usar a anestesia inalatória. Um dos principais riscos é o desenvolvimento de hipertermia maligna (HM), desencadeada por agentes voláteis e fatal para o paciente se não for reconhecida e tratada imediata e eficazmente. Portanto, todas as instalações que usam drogas inalatórias devem ter um carrinho de HM, composto principalmente de 36 frascos de dantrolene reconstituível, água estéril, cateter de Foley, tubos de coleta de sangue e outros. A estimativa aproximada do custo de um carrinho de MH é de cerca de US$ 5.500. São necessárias pelo menos duas pessoas para reconstituir o dantrolene em caso de crise, com a outra equipe cuidando do paciente. Muitos centros cirúrgicos simplesmente não têm equipe suficiente para ficar disponível por horas apenas para misturar o medicamento. Pode-se considerar o dantrolene já reconstituído para evitar esse problema, mas isso parece ter um custo proibitivo em quase

US$ 4.500 por frasco (20 frascos necessários no carrinho). Ambos os tipos de dantrolene têm um prazo . de validade de aproximadamente dois anosAlém disso, o treinamento obrigatório para todos os funcionários que cuidam de pacientes devem ser contratados todos os anos, que oaumenta ainda mais o custo da inalatóriaanestesia .

2

O segundo método de obter anestesia é geral por meio da administração de

de sedativos-hipnóticos por meio do cateter intravenoso. A droga mais usada para esse fim é o propofol, escolhido por suas propriedades relativamente rápidas de início e compensação, amnésticas e antinausea. Embora também seja usado em casos de sedação (MAC), ele proporciona inconsciência completa quando administrado em altas doses (cerca de 150mcg/kg/min). Um frasco de 100 ml de propofol custa cerca de US$ 8, e um paciente médio precisa de 2 a 3 frascos por cirurgia.

Embora o propofol não seja um agente desencadeador de HM, ele requer um conjunto de equipamentos auxiliares. Uma bomba de infusão com tubulação é necessária para administrar o medicamento na dose exata. Uma bomba usada pode ser facilmente encontrada em sites de revenda de terceiros (como o eBay) por cerca de US$ 500. Além disso, um monitor BIS é necessário para garantir a profundidade da anestesia somente durante a infusão de propofol. Muitos estudos em larga escala demonstraram que o BIS é ineficaz para medir as ondas cerebrais de pacientes submetidos à anestesia com agentes voláteis. No entanto, não há estudos sobre a eficácia do BIS sob anestesia intravenosa total (TIVA), o que o torna atualmente um padrão ouro com infusão exclusiva de propofol. Semelhante à bomba de infusão, um monitor BIS pode ser adquirido em sites de revenda de terceiros por cerca de US$ 500 a unidade, e tiras BIS descartáveis em um fabricante por cerca de US$ 40 a unidade.

Os pacientes devem decidir sobre a escolha da anestesia não apenas com base no custo físico, mas também na do paciente e da equipe.geral satisfação.



O Scalpel do private equity

O QUE É STAKE NO BOOM ?DOS CENTROS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

POR ABISHEK SRIVASTAVA, M.D.



N S ÚLTIMOS anos, as empresas de PRIVATE EQUITY (PE) têm se voltado para cada vez mais os centros cirúrgicos ambulatoriais (UCAs) como oportunidades . lucrativas de investimentoAs aquisições de PE estão remodelando o cenário . dos ASCsDe 2010 a 2021, as transações de private equity na área da saúde mais de 20% ao ano. Esse fluxo de investimentos gerou debates sobre se a injeção de capital de private equity é uma modernização muito necessária do atendimento ambulatorial ou uma revisão financeira que prioriza os lucros em detrimento dos pacientes.

Há muito tempo, os UCAs são partes vitais do setor de saúde, oferecendo atendimento cirúrgico de alta qualidade econômico e em um ambiente mais centrado no paciente do que os hospitais. Com o aumento do baseado em valor atendimento e os avanços , tecnológicosmuitos procedimentos que antes exigiam hospitalização agora podem ser realizados com segurança em ambientes ambulatoriais. Essa evolução chamou a atenção das empresas , de capital de riscoque veem os UCAs como oportunidades devido ao seu potencial de retornos elevados e escalabilidade.de investimento atraentes



Os investimentos em PE geralmente fornecem o capital tão necessário aos UCAs, permitindo que eles expandam seu alcance, atualizem a tecnologia e melhorem a eficiência operacional. Essa infusão de recursos pode se traduzir em melhores resultados para os pacientes e em um acesso mais amplo a um atendimento de alta qualidade. Com a simplificação dos processos administrativos e a negociação de contratos de fornecimento mais favoráveis, os UCAs apoiados por capital de risco geralmente obtêm economias de escala que os centros independentes podem ter dificuldade para realizar.

As empresas de private equity normalmente trazem equipes de gestão experientes e estratégias orientadas por dados. Isso pode aumentar a lucratividade e a sustentabilidade dos UCAs, principalmente em um ambiente competitivo de assistência médica em que as margens estão diminuindo e as complexidades regulatórias estão aumentando. Os médicos que fazem parcerias com empresas de capital privado também podem se beneficiar financeiramente, pois esses negócios geralmente envolvem aquisições lucrativas ou participações acionárias.

O mercado de UCA foi avaliado em aproximadamente US$ 84 bilhões em 2020 e deverá crescer a uma taxa de crescimento anual composta (CAGR) de 3,9%, atingindo US$ 131 bilhões em 2031.

Esse crescimento é impulsionado pela crescente demanda por serviços ambulatoriais, pelos pela avanços na tecnologia médica e mudança em direção ao atendimento . baseado em valoresNotavelmente, o setor continua altamente fragmentado, com 70% dos UCAs independentes. e que apresentam amplas oportunidades de consolidação para os investidores em PE.

Várias transações significativas de capital de risco moldaram o cenário dos UCAs nos últimos anos (*consulte o encarte*). No entanto, os críticos argumentam que o envolvimento de empresas de capital de risco em UCAs pode priorizar as margens de lucro em detrimento do atendimento ao paciente. O modelo de PE geralmente se baseia no corte de custos e no foco em finanças de curto prazoagressivo

TRANSAÇÕES QUE MOLDAM O CENÁRIO

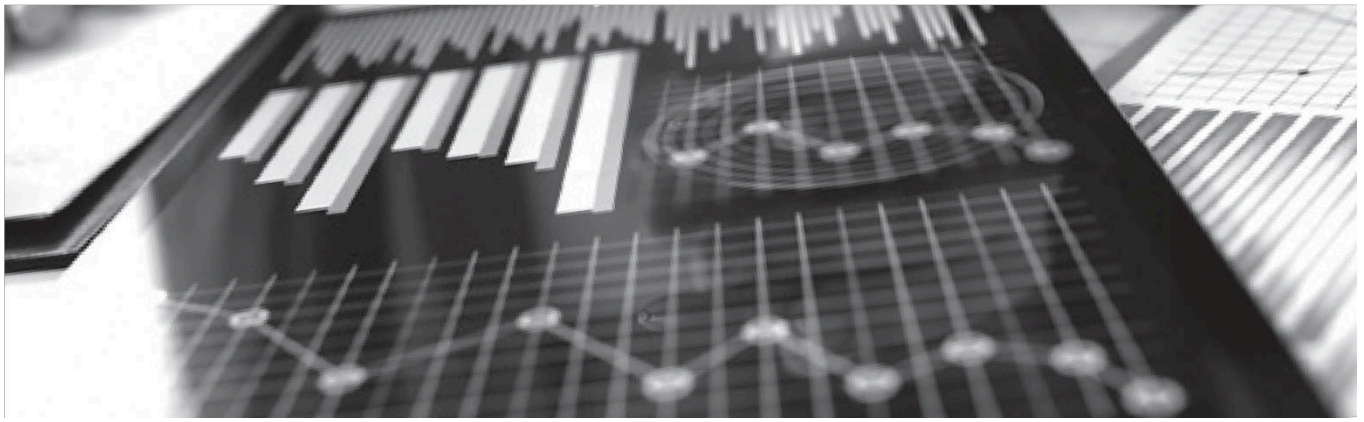
SURGICAL CARE AFFILIATES (SCA): Fundada em 1982, a SCA foi adquirida pela HealthSouth Corporation em 1995. Em 2007, a TPG Capital comprou a divisão de cirurgia da HealthSouth, restabelecendo a SCA como uma entidade . autônomaDesde então, se expandido por meio de parcerias a SCA tem com organizações como Texas Health Resources e Advocate Health Care, tornando-se um participante de destaque no mercado de UCA.

FIRST SURGICAL PARTNERS: Em 2012, a First Surgical Partners considerou uma transação de abertura de capital, refletindo o interesse da PE em UCAs com focos especializados, como gerenciamento da dor e ortopedia. Esse movimento ressaltou o apelo do setor para investidores que buscam capitalizar serviços .cirúrgicos especializados

UNITED SURGICAL PARTNERS INTERNATIONAL (USPI): Em um uma das transações mais significativas no setor de UCA, a Tenet Healthcare e seu parceiro de capital privado Welsh, Carson, Anderson & Stowe adquiriram a USPI. A parceria permitiu que a Tenet expandisse seus recursos de serviços ambulatoriais e, ao mesmo tempo, aproveitasse a experiência da PE em melhorias operacionais e de crescimentoestratégias .

H.I.G. CAPITAL E SEUS ASCINVESTIMENTOS : H.I.G. Capital tem adquirido e consolidado ativamente UCAs, concentrando-se em especialidades como ortopedia, tratamento da dor e oftalmologia. Essas transações destacam a crescente interesse em nichos de mercado de UCA que oferecem margens altas e forte demanda de pacientes.

COLABORAÇÕES ENTRE HOSPITAIS E EMPRESAS DE CAPITAL DE RISCO: Tendências recentes indicam um aumento nos investimentos de PE em UCAs de propriedade de hospitais. Os hospitais buscam capital para expansão, enquanto as empresas de capital de risco procuram empreendimentos , o lucrativosque leva a colaborações que estimulam o crescimento de de propriedade de hospitaisASCs .



ganhos, o que pode comprometer do serviçoa qualidade . Os níveis de , pessoalpor , exemplopodem ser reduzidos para economizar custos, o que pode afetar a experiência do paciente e clínicosos resultados .

Outra preocupação é a possível erosão da autonomia dos médicos. privado A propriedade de capital pode transferir o poder de decisão dos prestadores de serviços de saúde para investidores e executivos, cujo foco principal pode não estar alinhado com os melhores interesses dos pacientes ou da equipe médica. Com o tempo, isso pode levar a uma homogeneização do atendimento, com protocolos padronizados que priorizam a eficiência em detrimento do personalizadotratamento .

Há também a questão da sustentabilidade de longo prazo. private equity Os investimentos em normalmente operam em uma estratégia de saída de cinco a sete anos, em que as empresas visam vender a UCA adquirida com lucro. Esse horizonte de curto prazo pode desestimular os investimentos em iniciativas de longo prazo, como o da equipe desenvolvimento ou da comunidadeo envolvimento , que são essenciais para o sucesso duradouro de qualquer instituição de saúde.

A presença cada vez maior de PE em UCAs ressalta uma tendência mais ampla de mercantilização na área da saúde, em que as métricas financeiras geralmente têm precedência sobre as considerações clínicas e éticas. No entanto, descartar totalmente equity pode ignorar seu potencial parao papel do private

impulsionar a inovação e ampliar o acesso ao atendimento. O desafio está em encontrar um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e o desempenho dos UCAs.

missão principal de oferecer alta qualidade, atendimento centrado no paciente. Os formuladores de políticas, os líderes do setor de saúde e as empresas de PE devem colaborar para estabelecer estruturas que garantam a transparência, a responsabilidade e o alinhamento dos incentivos.

O investimento em PE transformou o mercado de centros cirúrgicos ambulatoriais, impulsionando a consolidação e influenciando operacionaisas práticas . Embora esses investimentos ofereçam oportunidades de crescimento e eficiência, eles também levantam considerações importantes sobre a qualidade do atendimento e a dinâmica da força de trabalho. À medida que o mercado de UCA se expande, as partes interessadas devem avaliar cuidadosamente as implicações do envolvimento do PE para garantir que o atendimento ao paciente continue sendo o foco central em meio às mudanças financeiras e operacionais.

O UCA surgiu como um farol de eficiência e acessibilidade em um sistema de saúde labiríntico. Entretanto, à medida que privado o capital remodela o setor, devemos nos perguntar se essas instalações permanecerão fiéis à sua missão. Os riscos são altos: não se trata apenas de equilibrar os registros contábeis - trata-se do tipo de assistência médica que queremos para para nossas famílias, comunidades e nós mesmos.

O bisturi do private equity pode ser cortado de duas maneiras. Vamos nos certificar de que ele cure mais do que prejudique. ▪

———

O Dr. Abhishek Srivastava, urologista certificado Atlantic Urology Clinics, em Myrtle Beach, é um pesquisador premiado em oncologia urológica com mais de 50 publicações, vários capítulos de livros e funções de revisor de periódicos de prestígio.

estudo publicado no JAMA descobriu que privado as práticas médicas adquiridas por capital muitas vezes cobravam mais altos preços dos pacientes sem melhorias mensuráveis na qualidade. É provável que em jogo nas UCAs.dinâmicas semelhantes estejam Os pacientes atraídos pela promessa de um atendimento ambulatorial podem acessível se ver sobrecarregados por inesperadas taxas de instalações ou mais altos do que o previstocustos .

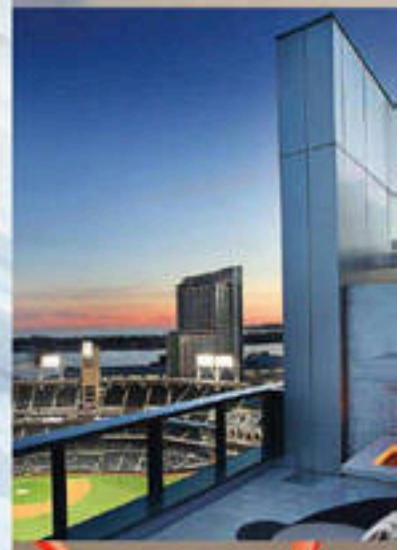
2025 ORTHOPEDIC & SPINE | PHYSICIAN TRANSACTIONS CONFERENCE



Thursday, March 13th, 2025 4pm to 8pm

Cocktails & heavy hors d'oeuvres with several panel discussions
During AAOS 2025 Annual Meeting in San Diego

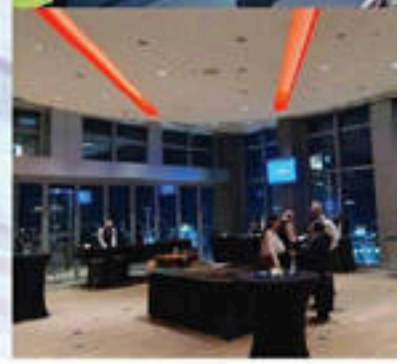
The Skybox - DiamondView Tower
350 10th Ave, San Diego, CA 92101



Just for Orthopedic & Spine Surgeons and Orthopedic & Spine Group Executives!

Orthopedic & spine surgeons and C-Suite executives face increasing challenges each year – lower reimbursement, higher costs, and soaring competition. Many are now exploring different strategic partnerships. Just an 8-minute walk to a great venue and learn extensive details through panel discussions.

- Latest Trends in Orthopedic & Spine Group Transactions & Outlook for 2025
- Why So Many Orthopedic & Spine Groups Are Pursuing Strategic Partnerships
- How Orthopedic & Spine Groups Are Valued, and How to Maximize Practice Value
- Transactions with Private Equity Platforms, Hospitals & National Companies
- A New Strategic Option to Consider – ESOPs for Medical Groups
- How to "Extricate" from a Hospital PSA or Employment Agreement that is Not "Working Out" to Participate in a Strategic Transaction
- How to Maximize the Value of Your Medical Real Estate
- How "Income Repair" and "Second Bite Transactions" Work
- Anatomy of a Partnership Transaction: What to Expect at Each Stage
- Keynote Panel: "Life After Closing" of a Partnership Transaction from the Perspective of Orthopedic Surgeons Who Pursued Different Strategic Options

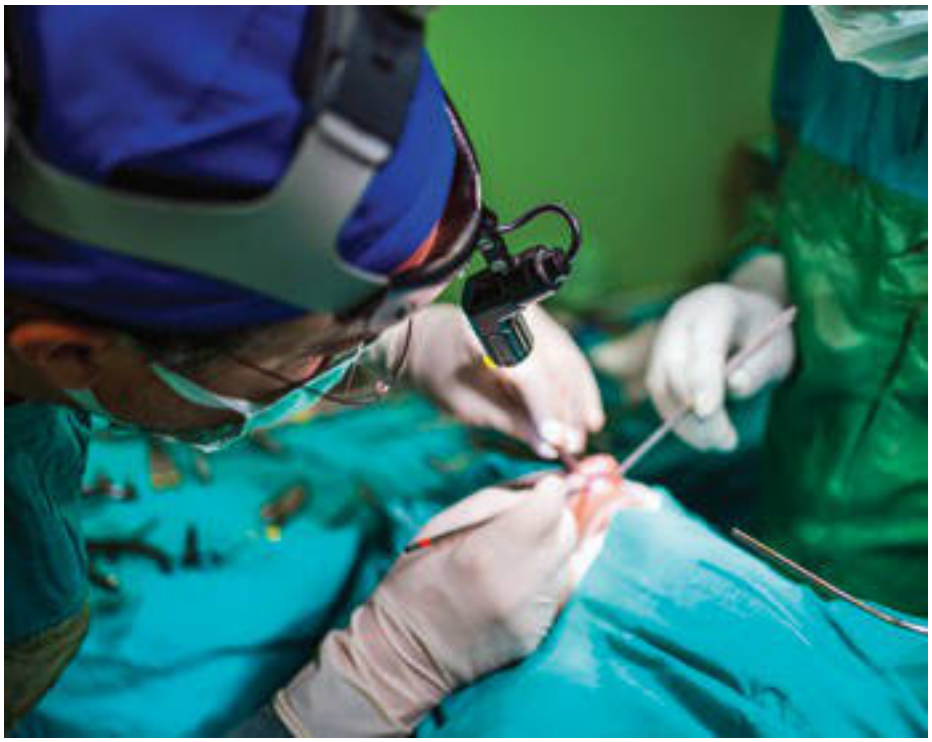


Educational sessions book-ended by cocktails and great food & networking. ***Exclusively for orthopedic & spine surgeons and orthopedic & spine group executives***, and complimentary, but registration is required.

Early Sponsors

EPSTEIN BECKER GREEN · VECTOR MEDICAL GROUP · THE BLOOM ORGANIZATION Healthcare Investment Banking · HEALTHCARE REAL ESTATE ADVISORS · Merritt Healthcare Advisors INVESTMENT BANKING · COOPERMAN · CohnReznick · Seigel Advisory Services · ModMed · MedCraft · ORTHOPEDIC CARE PARTNERS · HOPCo · SURGERY PARTNERS · GROWTH ORTHO · VESTIA · MedReversu

www.physiciantransactionsconference.com



GERENCIAMENTO DE COMPLEXOS CASOS EM CENTROS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO E MITIGAÇÃO DE RISCOS

POR STEVEN E. MARSHALL, DNP, MSN, BSN, R.N.

A TRANSFERÊNCIA DE MAIS CASOS CIRÚRGICOS DE INSTALAÇÕES HOSPITALARES PARA UCAs AJUDA A FORNECER AOS PACIENTES CUIDADOS MAIS CONVENIENTES E DE BAIXO CUSTO. A TRANSIÇÃO BEM-SUCEDIDA DESSES CASOS REQUER FOCO NOS PRINCIPAIS DESAFIOS DE SELEÇÃO DE PACIENTES, REQUISITOS DE EQUIPAMENTOS E GERENCIAMENTO DE RISCOS DO PACIENTE

Os Centros de Cirurgia Ambulatorial (UCAs) estão sendo utilizados em uma taxa mais alta para procedimentos mais complexos, pois os sistemas de saúde continuam a buscar maneiras de reduzir os custos e, ao mesmo tempo, manter ou melhorar os resultados dos pacientes. Em geral, os UCAs tratam pacientes com doenças menos graves, como catarata ou síndrome do túnel do carpo, em comparação com hospitais e outros estabelecimentos de saúde que tratam de casos mais complicados. No entanto, os UCAs agora tratam muitas das mesmas condições que antes eram tratadas em ambientes hospitalares, como cirurgia bariátrica, procedimentos urológicos e tratamentos de câncer.

Vários fatores, incluindo novas tecnologias, demanda dos pacientes por custos mais baixos, resultados de maior qualidade e melhor acesso, impulsionam a mudança para tratar esses pacientes cada vez mais complexos nos UCAs. Os pacientes agora podem escolher um UCA com base na localização e na disponibilidade de serviços que atendam às suas necessidades, em vez de ficarem limitados àqueles disponíveis em sua área local ou ao que seus médicos de cuidados primários possam recomendar.

Por exemplo, um paciente submetido a uma cirurgia urológica em um UCA pode ter um caso mais complicado porque envolve a remoção de tumores em vez da remoção de cálculos na bexiga. Um cirurgião de UCA com habilidade e experiência nesses casos pode oferecer o mesmo nível de serviço de qualidade disponível em hospitais, mas com melhor acesso e custos mais baixos.

No entanto, ao tratar pacientes mais complexos, os UCAs devem considerar desafios exclusivos em comparação com outras instalações de saúde, como a seleção de pacientes, requisitos de equipamentos e questões de gerenciamento de risco do paciente. Como resultado, é importante que os líderes dos UCAs entendam como sua organização pode gerenciar esses casos cada vez mais complexos, que podem incluir novas tecnologias ou procedimentos que ainda precisam ser mais bem compreendidos pela comunidade médica.

Neste artigo, discutiremos os desafios exclusivos associados ao tratamento de pacientes mais complexos em um UCA, incluindo questões relacionadas à seleção de pacientes, aos requisitos de equipamentos e ao gerenciamento de riscos dos pacientes. Ele também fornecerá estratégias de como os UCAs podem superar esses obstáculos para se manterem competitivos e, ao mesmo tempo, reduzir os custos e melhorar os resultados de qualidade.

Estratégias para gerenciar casos complexos em centros cirúrgicos ambulatoriais

À medida que os UCAs começam a atender pacientes mais complexos, eles enfrentam desafios diferentes dos pacientes com distúrbios mais simples ou daqueles que são tratados no hospital. Esses desafios incluem a seleção de pacientes, os requisitos de equipamentos e o gerenciamento de riscos dos pacientes.

Seleção de pacientes

Ao selecionar os pacientes a serem tratados, os UCAs devem procurar pacientes que possam se submeter com segurança ao procedimento ambulatorial sem problemas durante a cirurgia ou após a alta do atendimento.
Por exemplo, um paciente submetido a uma urológica cirurgia em um UCA pode ter um caso mais complicado porque envolve a remoção de tumores em vez da remoção de cálculos na bexiga. Para resolver esse problema, é preciso garantir que o cirurgião do UCA seja qualificado e experiente nesses casos e possa oferecer o mesmo nível de serviço de qualidade disponível nos hospitais, mas com melhor acesso e custos mais baixos.

Requisitos de equipamento

Os requisitos de equipamentos para procedimentos complexos geralmente diferem daqueles necessários para cirurgias ambulatoriais mais rotineiras. Por exemplo, se um paciente precisar ser submetido a uma ressonância magnética durante o tratamento, pode haver problemas ou desafios logísticos adicionais em comparação com outros tipos de serviços de diagnóstico por imagem. Os líderes de UCAs devem considerar esses fatores ao selecionar o local e as instalações mais adequados para sua organização.

Gerenciamento de risco do paciente

Além dos requisitos de equipamentos para mais desafiadorescasos , os UCAs também devem se preocupar com o risco do paciente e realizar todos os procedimentos com a melhor qualidade de atendimento e protocolos de segurança. Por isso, as empresas precisam ter ferramentas para contar e observar quantos casos estão sendo operados e se esses casos estão causando efeitos adversos ou complicações. A criação e a manutenção de uma equipe de gerenciamento de riscos e o fornecimento de informações fáceis para a equipe e os médicos são essenciais.
para enviar eventos adversos também essenciais para reduzir o risco para o paciente. são ▪

CUSTOS MÉDIOS DOS PROCEDIMENTOS

CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL VS. DE HOSPITAISDEPARTAMENTOS AMBULATORIAIS

CPT Código	Descrição	UCA Custo	Custo ambulatorial hospitalar
29881	Artroscopia, joelho, cirúrgica; com meniscectomia (medial ou lateral, incluindo qualquer raspagem)meniscal, incluindo desbridamento/raspagem da cartilagem articular (condroplastia), no mesmo ou em separadoscompartimento compartimentos , quando realizada	$2,058	$3,624
30130	Excisão do corneto inferior, parcial ou completa, qualquer método	$1,730	$3,479
30520	Septoplastia ou ressecção submucosa, com ou sem pontuação de cartilagem, contorno ou substituição por cinza	$1,986	$3,735
47563	Laparoscopia cirúrgica; colecistectomia com colangiografia	$3,413	$6,205
49591	Reparo de hérnia(s) abdominal(is) anterior(es) (ou seja, epigástrica, incisional, ventral, umbilical, espigeliana), qualquer abordagem (ou seja, aberta, laparoscópica, robótica), inicial, incluindo implantação de malha ou outra prótese quando realizada, comprimento total do(s) defeito(s); menos de 3 cm, redutível	$1,956	$3,631
52356	Cistouretroscopia, com ureteroscopia e/ou pieloscopia; com litotripsia, incluindo inserção de ureteral permanente stent (por exemplo, tipo)gibbons ou duplo J	$2,871	$5,330
58558	Histeroscopia, cirúrgica; com amostragem (biópsia) do endométrio e/ou polipectomia, com ou sem d & c	$1,812	$3,204

PARA QUE ESSES ESFORÇOS SEJAM BEM-SUCEDIDOS, DEVE HAVER COLABORAÇÃO ENTRE A LIDERANÇA E TODA A EQUIPE , CIRÚRGICAINCLUINDO OS PROVEDORES , DE ANESTESIAPARA GARANTIR QUE TODOS OS POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS SEJAM ABORDADOS ANTES DE PROGRAMAR O PACIENTE.



RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS PARA UCAs SOBRE OS PROPRIETÁRIOS DE CIRURGIÕES QUE CHEGAM E SAEM

Navegando pelas armadilhas da conformidade com o UCA

POR CONOR F. MURPHY, ESQ.
E GARY W. HERSCHMAN, ESQ.

Os Centros Ambulatoriais de Cirurgia (UCAs) que participam programa Medicare estão sujeitos a várias leis federais, incluindo, mais de forma significativa, o Estatuto Anti-Retorno (AKS) . do Medicare e do MedicaidO Gabinete do Inspetor Geral do Departamento dos EUA de Saúde e Serviços Humanos (OIG) emitiu regulamentos de porto seguro relativos aos UCAs, que estabelecem várias condições que a maioria dos UCAs se esforça para , embora sejam apenas portos seguros e não requisitos. Além disso, o OIG emitiu várias orientações sobre os safe harbors dos UCAs em diversos pareceres consultivos e perguntas frequentes. As leis de muitos estados também proíbem o pagamento de propinas e restringem determinadas auto-referências.



À luz dessas leis, regulamentações e orientações relacionadas, os UCAs devem ser cuidadosos, tanto ao trazer novos cirurgiões proprietários por meio da venda de participações societárias quanto ao demitir e comprar cirurgiões proprietários. A seguir, apresentamos seis recomendações práticas para que não fazer - os UCAs - o que fazer e o para evitar e/ou reduzir possíveis armadilhas de conformidade relacionadas à inclusão ou à compra de cirurgiões proprietários de UCAs.

Seleição de novos proprietários de cirurgiões

Os UCAs não devem decidir se permitem que um cirurgião se torne um novo proprietário do UCA com base em seu nível de indicações. De uma perspectiva prática, entretanto, muitas vezes os UCAs não querem ter cirurgiões proprietários que estejam em uma "diferenteliga " dos outros proprietários do UCA com relação ao tamanho de sua prática cirúrgica. Portanto, seria benéfico evitar fazer perguntas sobre o tamanho da prática cirúrgica de um possível proprietário.

número esperado de procedimentos e, em vez disso, é aconselhável iniciar a possível propriedade de um UCA
somente as discussões sobre com cirurgiões que sejam comumente conhecidos na comunidade como altamente qualificados e ativoscirurgiões .

Preço de compra para novos proprietários

O preço de compra para um investidor entrante deve ser o mesmo preço que outros investidores (tanto cirurgiões quanto não cirurgiões) estão pagando no mesmo período ou próximo a ele (*ou seja,* .supondo que os resultados financeiros da UCA permaneçam relativamente iguais)
mesmo). Um corolário óbvio disso é que os cirurgiões não devem pagar preços diferentes pela propriedade, dependendo do volume esperado ou do valor dos pacientes que esses cirurgiões trarão para UCA.
No entanto, sso não impede que um UCA cobre dos novos cirurgiões e dos investidores que estão comprando o UCA um preço que reflita uma mudança no valor do UCA

por , do exemplopreço de compra pago pelos proprietários iniciais e fundadores da UCA, ou do preço de compra pago por outros que se tornaram proprietários um ou dois anos antes de os novos investidores comprando.

O preço das ações deve ser razoável, de preferência o valor justo de mercado

O preço por ação ou unidade de propriedade a ser pago por qualquer investidor no UCA deve ser "razoável" e ter alguma correlação com o valor justo de mercado.

A razão para isso é negar qualquer noção de que os investidores - especialmente as fontes de indicação - estejam recebendo um preço de barganha em troca da indicação de pacientes para o UCA.

Nesse sentido, muitos UCAs obtêm uma avaliação do UCA a cada um ou dois anos para fins de determinar o preço de compra para novos investidores. Os princípios de avaliação geralmente permitem descontos no valor por fatores como:

- falta de controle que normalmente acompanha os investimentos .minoritários
- falta de liquidez devido à incapacidade do investidor de vender livremente as unidades.
- ações sem direito a voto (se houver classes separadas de ações com e sem direito a voto).

Pagamento por ações; sem “empréstimos” para cirurgiões que compram ações

Outra cláusula do UCA próprio UCA nem qualquer um de seus atuais proprietários deve emprestar fundos a um novo investidor para adquirir a participação acionária ou garantir um empréstimo ao Safe Harbor com a qual a maioria dos UCAs está em conformidade é que nem o investidor para adquirir a participação. Se o objetivo for que um novo cirurgião se torne proprietário de 10 ações do UCA de uma só vez, ele deverá pagar o preço total da compra, seja com seus próprios recursos ou com um empréstimo pessoal de um banco.

Abster-se de emprestar fundos ao novo proprietário não significa apenas que a UCA (ou qualquer um de seus proprietários existentes) não deve assinar uma nota promissória com o novo proprietário, mas também não deve permitir pagamentos ao longo do tempo nos termos do contrato de assinatura (ou compra).

Se o novo cirurgião proprietário não tiver os fundos para pagar o preço total de compra das unidades (e , ele poderá pagar o preço total.não quiser tomar emprestado obrigado pessoalmente os fundos)ser a de um banco), então uma solução poderia ser entrar em um acordo , de "pagamento conforme o uso"pelo qual o investidor recebe apenas o número de unidades pagas em um determinado momento. Por exemplo, se o preço das 10 ações for de US$ 100.000, se o cirurgião pagar US$ 30.000 no primeiro , diaele três ações e, depois, cada vez que pagar US$ 10.000 (ou um múltiplo desse valor), ele recebe uma ação adicional para cada US$ 10.000 pagos.

Razões para demitir (e comprar) proprietários

Embora os proprietários não devam ser "punidos" (*ou seja*, encerrados como membros ou acionistas ou diluídos) por não terem trazido

Para que o número de casos seja transferido para o centro, o Safe Harbor do UCA tem a condição de que um terço da cirurgião renda da prática médica do proprietário seja derivada da realização de procedimentos cirúrgicos que o Medicare permite que sejam realizados em um UCA. Além disso, para qualquer UCA que seja multiespecializado, o Safe Harbor exige ainda que um terço dos procedimentos ambulatoriais do cirurgião proprietário seja realizado no UCA. Como resultado, pode ser apropriado resgatar o investimento de um cirurgião proprietário por não atender a uma ou ambas as condições, e a maioria dos UCAs incluirá expressamente esse mecanismo em seus acordos operacionais ou de acionistasacordos .

No entanto, os estabelecimentos têm alguma flexibilidade com relação à possibilidade de proceder ao resgate de cirurgiões com base nesse critério. Por exemplo, se um cirurgião não satisfizer os "testes de um terço" (por *exemplo*, 25% versus 33%), ou se houver circunstâncias atenuantes (como um cirurgião que realiza um grande número de procedimentos em um ambiente), ou se esse cirurgião não encaminhar pacientes a outros cirurgiões proprietários do estabelecimento. No entanto,de internação recomendamos que os UCAs mantenham um grau de consistência na forma como tratam em situação semelhante os cirurgiões proprietários com relação ao cumprimento de tais requisitos.

Não obstante os possíveis riscos de aplicação de tais termos, alguns UCAs têm cláusulas em seus acordos de governança que lhes permitem resgatar proprietários de cirurgiões "sem justa causa", de modo que os UCAs tenham flexibilidade adicional com relação a rescisões.

Os acordos operacionais ou de acionistas das UCAs normalmente contêm disposições específicas que exigem

que os proprietários que se desligaram sejam comprados (resgatados) de sua participação acionária e geralmente contêm uma fórmula para determinar o preço de aquisição (*por exemplo*, com base nos lucros do ano anterior, um múltiplo do EBITDA ou das contas de) capitalou um valor fixo (que pode ser atualizado periodicamente por meio de emendas). assinadasO preço de resgate também pode variar (*ou seja*, ser descontado) dependendo da base para a rescisão, como o pagamento do preço total se for devido à morte, invalidez ou aposentadoria de um proprietário, e um preço reduzido se for rescindido devido a uma violação das disposições do acordo operacional, ou a do proprietário renúncia sem aviso prévio, perda de licença ou exclusão do Medicare ou de outros pagadores.

Os acordos de diretoria médica devem ser "de boa-fé" e razoáveis.

diretor, diretor , de anestesiadiretor de controle da dor *etc*.). Entretanto, é fundamental que qualquer um desses Os acordos sejam feitos por escrito, reflitam legítimos e serviços *de boa-fé* necessários para o UCA e reflitam o pagamento de taxas horárias (ou outra compensação) que sejam o valor justo de mercado. Os fatores acima são importantes para evitar que esse acordo seja visto pelos órgãos reguladores federais ou estaduais como uma ferramenta para recompensar colaboradores substanciais do centro.

Portanto, é essencial que cada acordo de diretoria médica do UCA:

- ser para serviços administrativos reais necessários ao UCA e prestados pelo médico .específico
- Exigir que os médicos mantenham e enviem ao UCA, mensal ou trimestralmente, um registro contemporâneo descrevendo cada tarefa de direção que eles fornecem e as horas reais gastas em cada uma dessas tarefas.
- implicar uma remuneração que seja o valor justo de mercado e apoiada por um relatório de uma empresa experiente de avaliação de saúde ou por dados de pesquisa mantidos pelo centro. ▪



Dedo *no* Pulso

O PREÇO DA CARDIOLOGIA NO UCA

POR ALEX ALCON, R.N.



Os procedimentos cardíacos em UCAs geralmente custam de 30% a 40% menos do que os realizados em um hospital. Portanto, quando o Medicare adicionou reembolsos de procedimentos cardíacos em 2019, os centros de cirurgia ambulatorial se tornaram ótimas soluções para procedimentos cardíacos eletivos e não emergenciais. Custos reduzidos, menores taxas de infecção e conveniência tornam os UCAs atraentes para pacientes e pagadores. Como resultado, um número crescente de pacientes estáveis com necessidades cardíacas é redirecionado para centros cirúrgicos. Atualmente, a cardiologia é um dos serviços de UCA que mais geram receita, perdendo apenas para a ortopedia.

Os laboratórios de cateterismo dos hospitais geralmente têm uma margem de lucro pequena e podem sofrer perdas financeiras com casos complexos e de uso intensivo de recursos, uma vez que os procedimentos recebem os mesmos pagamentos agrupados.

Em outras palavras, não há reembolso extra ao usar adicionaisrecursos . Para ajudar a reduzir os custos associados a casos complexos ou emergenciais, os hospitais podem estar mais abertos a uma parceria com seu UCA, especialmente se tiverem um grupo de cardiologia maior. Essa parceria pode liberar os recursos do hospital para pacientes de emergência e manter as coisas funcionando sem problemas. Enquanto um ou dois cardiologistas trabalham em casos programados no UCA, outros podem atender a casos e emergências. Como os UCAs não ficam abertos após o expediente e usam hospitalares menos recursos, eles podem realizar procedimentos a preços . mais baixosA satisfação melhora e a produtividade aumenta, pois os casos planejados em um do paciente centro cirúrgico têm menos probabilidade de ultrapassar o horário programado.

O relatório 2024 Health Services and Technology's State of the Industry destaca algumas mudanças interessantes nos procedimentos cardíacos de UCA. Embora a receita líquida por caso cardíaco tenha caído de aproximadamente
De de 48 minutos para 34 minutos. Notavelmente, o lucro por minuto saltou de US$ 5.000 para US$ 4.600, o tempo médio da sala de cirurgia diminuiu 28%, US$ 104,46 em 2023 para US$ 132,88 por minuto em 2024, recompensando o aumento da eficiência.

Beneficiar-se dos serviços em cardiovasculares e/ou vasculares periféricos um UCA requer um planejamento . cuidadosoÉ importante lembrar que esses serviços têm altos custos . iniciaisA manutenção de um laboratório de cateterismo em condições ideais pode custar US$ 100.000 por ano. Primeiro, decida quais casos você oferecerá e planejará a introdução de novos casos no futuro. Por , um injetor de angio menor geralmente é mais barato do que um maior e funciona bem para procedimentos específicos cardíacos. No entanto, se planeja realizar vocêcasos , vasculares periféricosprecisará de um injetor maior para realizar runoffs nas pernas. Você também precisará determinar se um sistema montado no no chão teto ou é mais adequado para seu centro.

Depois de estabelecer um plano de serviço e determinar o tipo de laboratório necessário, considere a compra de equipamentos recondicionados. Embora

a garantia é normalmente mais curta do que a de um laboratório novo, optar por isso pode lhe poupar centenas de milhares de dólares em custos iniciais. Os laboratórios de cateterismo recondicionados começam em US$ 215.000 e vão até cerca de US$ 600.000. Acessórios como protetores de radiação e sistemas de monitoramento hemodinâmico também podem ser recondicionados para . Leasing de equipamentos é outra opção. A empresa Philips tem um programa de arrendamento ou aluguel de equipamentos e oferece soluções financeiras personalizadas para capital e iniciais.despesas

Portanto, vamos analisar alguns procedimentos para ver como os custos dos procedimentos cardíacos nos UCAs se comparam aos dos departamentos hospitalares am

- TROMBECTOMIAS MECÂNICAS PERCUTÂNEAS, incluindo exames de imagem e medicamentos, custam US$ 6.940 em um UCA. O Medicare cobre US$ 5.591, e o paciente arca com o restante - US$ 1.387. Em um HOPD, o custo total de uma trombectomia mecânica é superior a US$ 10.000. O Medicare reembolsa US$ 8.875, e o paciente paga o restante $1,563.
- A COLOCAÇÃO DE CATETER CORONÁRIO com injeção de corante e interpretação de imagem custa em média US$ 1.702 no centro cirúrgico ambulatorial. O Medicare paga US$ 1.361 e o paciente desembolsa O custo é de US$ 339. O mesmo procedimento em um HOPD custa $3.198; após o Medicare, o paciente paga $923.
- Da mesma forma, as CATHETERIZAÇÕES DO CORAÇÃO o débito e a saturação de oxigênio, custam ao paciente quase US$ 600 a mais em um departamento ambulatorial do que em um UCA.DIREITO, que medem cardíaco

No entanto, a economia de custos nem sempre chega aos seus pacientes. Alguns procedimentos cardíacos envolvem dispositivos caros.muito

- Embora o Medicare incentive os UCAs a realizar esses casos devido aos custos gerais mais baixos, há uma desvantagem significativa para o seu paciente. Eles geralmente pagam mais caro porque o Medicare não limita um preço do cosseguro do centro cirúrgico. Em outras palavras, os PACIENTES do HOPD geralmente pagam 20% dos custos do procedimento, enquanto que em um UCA, eles pagam 20% do preço total, incluindo o dispositivo. Embora o preço total do procedimento seja menor em um UCA, o custo para o paciente é maior.
- Para ilustrar, uma INSERÇÃO DE PACEMAKER com eletrodos transvenosos em um UCA custa US$ 27.655. O Medicare paga US$ 22.124, e o paciente paga US $ 5.530. Em contrapartida, em um HOPD, o procedimento custa US$ 33.779, mas a conta do HOPD do paciente é muito menor, US$ 1.672. A diferença de preço se deve ao limite de cosseguro no HOPD, que alivia o alto custo do dispositivo.
- Da mesma forma, o implante de um DESFIBRILADOR GERADOR DE PULSO MULTI-LEAD custa aproximadamente US$ 27.027 em um UCA, em comparação com US $ 33.255 em um HOPD. O paciente pagaria $5.405 em um UCA por esse procedimento, mas em um HOPD, o paciente pagaria apenas $1.567.



Em geral, a realização de cardiologia no centro cirúrgico ambulatorial beneficia pacientes, provedores e pagadores. Para aproveitar ao máximo seu UCA cardíaco, considere cuidadosamente a população de pacientes disponível e os procedimentos que você oferecerá. Investimentos estratégicos e parcerias com cardiologistas e hospitais melhorarão a coordenação do atendimento e aumentarão seus resultados. Por fim, a satisfação do paciente e o boca a boca, e consistentemente excepcionais resultados estabelecerão seu UCA como uma instalação preferencial para procedimentos .cardiológicos de rotina

Como os pacientes pagam mais por esses procedimentos em um centro cirúrgico, eles podem optar por um HOPD para economizar dinheiro. Como alternativa, os pacientes podem escolher seu UCA para realizar o procedimento, apesar do custo mais alto. Os centros cirúrgicos oferecem outras vantagens, como conveniência, familiaridade e menores taxas de infecção. Uma reputação sólida e um histórico de resultados positivos podem tornar seu centro uma opção atraente, mesmo quando os pacientes enfrentam despesas mais altas. ▪



Mark Mofid, M.d.

CIRURGIA PLÁSTICA

1 QUAIS SÃO AS CINCO CIRURGIAS AMBULATORIAIS COMUNS QUE VOCÊ PODE FAZER?MAIS DESEMPENHO?

Sou cirurgião plástico e, consequentemente, os procedimentos mais comuns realizados são Redução de mama (19318), Septorinoplastia com enxerto de cartilagem de costela (30420, 20910), Reconstrução com expansor de tecido mamário (19357), Reconstrução nasal após de câncer de pele remoção (14061) e Reconstrução de mama com retalho de (19361).Latissimus Dorsi

2 QUAL É O CUSTO DOS INSTRUMENTOS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA ESSAS CIRURGIAS?

O custo geral de instrumentação para esses casos está entre US$ 5.000 e US$ 10.000, mas esses são instrumentos reutilizáveis. O custo dos materiais descartáveis é de aproximadamente US$ 1.500 por caso. Há o custo adicional dos implantes e enxertos utilizados. Os expansores de tecido custam aproximadamente US$ 1.600. O uso do AlloDerm como enxerto biológico para reconstrução mamária custa US$ 7.000.

3 QUAIS SÃO ALGUNS DE SEUS MAIS COMUNSREEMBOLSOS ?

O reembolso médio para reduções bilaterais de mama varia de US$ 5.500 a US$ 9.000. O médio reembolso para a septorrinoplastia é de US$ 7.500. A reconstrução com expansor de tecido mamário reembolsa US$ 5.500 mais o custo de implantes e enxertos. Para casos bilaterais, esse valor pode exceder $20,000. da mama com retalho de Latissimus A reconstrução reembolsará aproximadamente US$ 9.000 mais custo do expansor de tecido ou do implante. nasal Os reembolsos de reconstrução são de aproximadamente US$ 2.500.

4 COMO VOCÊ OTIMIZA A LUCRATIVIDADE DE CADA CIRURGIA?

A lucratividade é otimizada ao garantir o uso eficiente do tempo operacional do cirurgião.
As reduções de mama normalmente são feitas em 2 horas meia ou menos, as septorrinoplastias com enxerto de cartilagem de costela em 2 horas e , a reconstrução de mama com expansores de tecido em aproximadamente 2 horas, o retalho de mama latissimusmeia em 3 horas, e a reconstrução nasal em 30 minutos ou menos.

5 COMO ESPECIALISTA, QUE CONSELHOS OU "TRUQUES DO COMÉRCIO" QUE VOCÊ PODE OFERECER AOS NOVOS CIRURGIÕES PARA MAXIMIZAR OS RETORNOS PARA CADA CIRURGIA?

O uso eficiente do tempo do cirurgião é fundamental. ter um cirurgião experiente que possa fornecer consistentemente resultados de qualidade e sem complicações com O fator mais importante é pouco ou nenhum tempo perdido.
Fatores adicionais incluem ter uma especializada e equipe operacional consistente que possa fornecer eficientemente turnos curtos. Isso pode exigir horas extras para os principais funcionários - uma despesa que vale a pena para evitar a despesa mais cara de treinar funcionários de meio período. muito Além disso, gostaria de salientar que algo tão simples como a aplicação do curativo cirúrgico pode fazer a diferença a longo prazo.

Um estudo recente do programa de cirurgia ortopédica da Columbia descobriu que o uso do curativo Sylke em procedimentos de artroplastia pode ser feito em 30 segundos ou menos com o Sylke. Como alternativa, o tempo necessário para usar Prineo Dermabond é de 4 minutos e 45 segundos. Essa diferença pode fazer com que o cirurgião típico US$ 2.000 por dia (média de 9 casos) em uma instalação para um produto que custa o mesmo (cerca de US$ 80 por economize unidade). Em estudos clínicos, também foi constatado que o Sylke proporciona melhores resultados para os pacientes, com taxas de complicações substancialmente menores. ▪


SYLKE®
Silk Fibroin
Wound Closure



Procedimentos : ambulatoriaisFaturamento e suprimentos

POR BRITTANE L. STRAHAN, MSN RN CCRP



SUBSTITUIÇÃO DE JOELHO

PROCEDIMENTO

As substituições de joelho, ou totais, são realizadas para tratar artrite ou outras formas de degeneração articular.
Em geral, o procedimento leva de uma a duas horas.

INSTRUMENTOS

Vários instrumentos são usados e incluem:

- Bisturi
- Tesouras
- Bandagem
- Mayo (reto e curvo)
- Martin (serrilhado)
- Metzenbaum (curvado)
- Fórceps
- Rochester-Ochsner (curvo)
- Crile (curvo e reto)
- Tecido
- Allis
- Micro Adson
- Suporte de agulha
- Retratores
- Weitlaner
- Joelho de Blount
- Exército
- Volkman (2 e 4 pinos)
- Senn (duplaextremidade)
- Grampos
- Osso/cartilagem (curvo)
- Osso/cartilagem de Dingman (pequeno)
- Toalha
- Sucção
- Gancho para menisco de Smillie
- Facas (pequena, esquerda e direita)de cartilagem Smillie
- Elevadores
- Chave
- Adson
- Freer (duplaextremidade)
- Arquivo ósseo
- Faca de cartilagem Downing

FATURAMENTO

A codificação de uma substituição de joelho normalmente usa os M05-M08 agrupamentos ou M17 (artrite) ou M12-M13 (artropatia), embora existam códigos para outras circunstâncias específicas, como malignidade ou instabilidade articular.

Em de reparo, revisão e/ou procedimentos reconstrução no fêmur (região da coxa)
e articulação do joelho: 27445/ 27447/ 27486/ 27487/ 27488
Sob procedimentos artrodese no defêmur (da coxaregião) e na articulação do joelho: 27580



HISTEROSCOPIA

PROCEDIMENTO

A histeroscopia é usada para avaliar a vagina, o colo do útero e o útero. A indicação mais comum é o sangramento anormal, mas aderências, perda recorrente de gravidez e colocação de dispositivo intrauterino também podem ser avaliados com esse exame. Esse procedimento é relativamente curto e dura entre 5 e 60 minutos.

INSTRUMENTOS

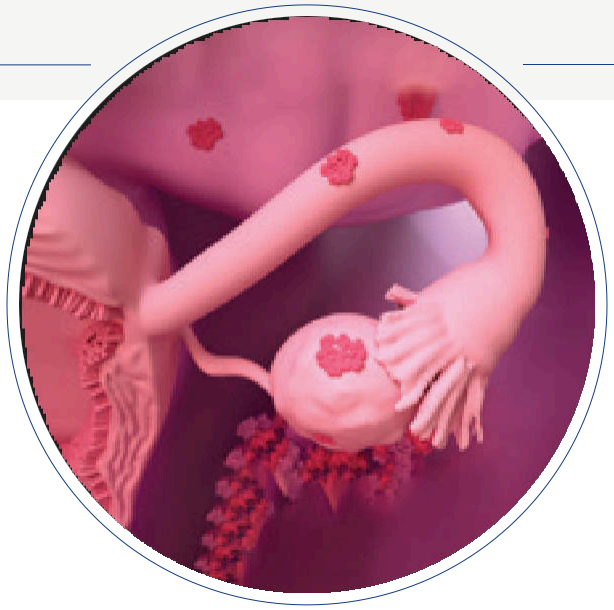
Vários instrumentos são usados e incluem:

- Histeroscópio
- Bainha (escopo)
- Diagnóstico
- Operacional (interno e externo)
- Cabo de fibra óptica
- Fórceps
- Jacaré
- Taça serrilhada oval (biópsia)
- Colher oval (biópsia)
- Agarramento de dentes de rato
- Tenáculo
- Tesouras
- Gancho
- Micro
- Histeroscopia

FATURAMENTO

Há vários códigos possíveis da CID-10 (N84, N85, N92, N94, N95 e N97).

Sob procedimentos laparoscópicos/histeroscópicos no corpo uterino: 58555/ 58558/ 58559/ 58560/ 58561/ 58562/ 58563/ 58565/ 58578/ 58579



CONIZAÇÃO DO COLO DO ÚTERO

PROCEDIMENTO

A conização cervical, ou biópsia em cone do colo do útero, é feita para remover tecido anormal do colo do útero. Essa biópsia fornece uma amostra mais representativa para o diagnóstico em caso mais profunda de suspeita de malignidade. O procedimento leva cerca de 15 minutos.

INSTRUMENTOS

Há vários métodos usados, e os instrumentos variam de acordo com o método. Os instrumentos podem incluir:

- Circuito de fio aquecido por uma elétrica corrente (CAF)
- Bisturi (friafaca)
- Laser (de laserfeixe)
- Bisturi com ultrassônicas vibrações (harmônicobisturi)

FATURAMENTO

O código da CID-10 (R87.619- achados citológicos do anormais colo do útero) é usado para cobrar um de conizaçãoprocedimento .

Procedimentos endoscopia do colo uterino: 57461 de excisão Procedimentos do colo uterino: 57520/ 57522



ARTROSCOPIA

PROCEDIMENTO

A artroscopia é um método minimamente invasivo para avaliar e potencialmente tratar danos .nas articulações Feito principalmente para de cartilagem lesões ou ligamento ou para remover um corpo , estranho soltoesse método é mais rápido do que um procedimento aberto e envolve um tempo de recuperação mais curto.

As principais articulações que podem ser avaliadas e tratadas com esse método incluem:

Joelho	Ombro	Cotovelo
Tornozelo	Quadril	Pulso

Uma artroscopia pode levar de 30 minutos a algumas horas, com base na articulação , especificana indicação e na gravidade.

INSTRUMENTOS

Vários instrumentos são usados e incluem:

- Sonda de menisco
- Faca
- Baioneta
- Bisturi
- Banana
- Gancho
- Foice
- Garras/fórceps
- Agarradores
- Rebarbas
- Meniscótomo de Smillie
- Cureta de anel
- Colher
- Roseta
- Arquivo de cartilagem



FATURAMENTO

A codificação será diferente de acordo com o diagnóstico e a articulação específicos. Se o procedimento artroscópico for convertido em aberto, então o

O código Z53.33 da CID-10 pode ser usado.

Há muitos códigos de diagnóstico da CID-10 para escolher, que podem incluir: M00, M05, M06, M08, M13 ou M19 (artrite), M10-M12, M14 ou M1a (gota ou outras artropatias), ou qualquer outro número de códigos para articularesdoenças .

	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
JOELHO	29880	Artroscopia, joelho, ... com meniscectomia (medial E lateral ...)
	29881	Artroscopia, joelho, ... com meniscectomia (medial OU lateral ...)
	29882	Artroscopia, joelho, ... com reparo do menisco (medial OU lateral)
	29883	Artroscopia, joelho, ... com reparo do menisco (medial E lateral)
	29877 *	Artroscopia, joelho, ... cartilagem (condroplastia)
	G0289 *	Artroscopia, joelho, cirúrgica, para remoção de corpo solto... (condroplastia) no momento de outra... artroscopia... compartimento diferente... mesmo joelho ** 29877 e G0289 NÃO podem ser relatados com 29880 ou 29881**
	29874	Artroscopia, joelho... remoção... corpo (por exemplo, osteocondrite... fragmentação)
	29875	Artroscopia, joelho, ... sinovectomia, limitada... (procedimento separado) (*NÃO informe com outros procedimentos artroscópicos)
	29876	Artroscopia, joelho, ... sinovectomia, maior, 2 ou mais compartimentos (por exemplo, medial ou lateral)
OMBRO	29822	Artroscopia, ombro, com desbridamento ... limitadoestruturas
	29823	Artroscopia, ombro, com desbridamento ... extensoestruturas
	29826	Artroscopia, ombro, descompressão..., acromioplastia..., ligamento
	29827	Artroscopia, ombro, reparo do manguito rotador
	29828	Artroscopia, ombro, tendinose do bíceps
ELBOW	29830	Artroscopia, cotovelo, diagnóstico
	29834	Artroscopia, cotovelo, remoção de corpo solto
	29839	Artroscopia do cotovelo com desbridamento extenso
	29839	Reparo do ligamento colateral (lateral)29839
	24345	Reparo do ligamento colateral (medial)
ANKLE	29895	Artroscopia, tornozelo, sinovectomia, parcial
	29897	Artroscopia, tornozelo, desbridamento, limitado
	29898	Artroscopia, tornozelo, desbridamento, extenso
HIP	29860	Artroplastia de quadril, diagnóstico
	29861	Artroplastia de quadril, remoção ... corpo
	29862	Artroplastia, quadril, desbridamento
	29863	Artroplastia de quadril, sinovectomia
	29914	Artroplastia de quadril, femoroplastia
	29915	Artroplastia de quadril, acetabuloplastia
	29916	Artroplastia, quadril, reparo labral
PULSO	29840	Artroscopia do punho, diagnóstico
	29843	Artroscopia, punho, ... infecção... drenagem
	29844	Artroscopia, punho, sinovectomia (parcial)
	29845	Artroscopia, punho, sinovectomia (completa)
	29846	Artroscopia, punho, ...triangularcartilagem ... desbridamento
	29847	Artroscopia, punho, ... fixação ..interna. instabilidade

Por que seu UCA deve fazer implantes de estimuladores de medula espinhal

POR RUSSELL FEIT, M.D.

A estimulação da medula espinhal é um procedimento eficaz para pacientes com dor crônica refratária a medidas conservadoras. Em geral, esses pacientes sofrem de síndrome pós-laminectomia (continuação da dor após uma cirurgia anterior na coluna) ou síndrome da dor regional complexa (SDRC). O procedimento de teste consiste em colocar uma ou duas agulhas epidurais e enfiar um conjunto de neuroeletrodos, que se parecem com fios finos, através das agulhas para que fiquem na linha média do espaço epidural. Os eletrodos são temporariamente presos com fita adesiva ou suturados na parte posterior e conectados a uma bateria externa.

O período de teste dura de três a sete dias, e o paciente fica em constante comunicação com o representante do estimulador da medula espinhal por telefone. Os ajustes são feitos na terapia por meio de programação, pessoalmente ou remotamente, conforme necessário. Após o período de teste, independentemente do fato de a terapia ter sido eficaz, os eletrodos são removidos. Se for bem-sucedido, é obtida autorização para a colocação permanente no centro cirúrgico.

Os testes e implantes de estimuladores da medula espinhal podem ser realizados com segurança no centro cirúrgico. Se um teste de estimulador da medula espinhal for realizado no UCA, a taxa de instalação por conjunto de neuroeletrodos será de US$ 4.498. Os preços das diferentes empresas de estimuladores variam. Nas circunstâncias corretas, esse procedimento pode ser realizado em apenas 15 minutos (embora, como médicos especializados em dor, todos nós já tenhamos passado por testes difíceis que levaram mais de 45 minutos!) Como você pode ver, esse é um procedimento relativamente lucrativo para o centro cirúrgico. Mas espere. Tem mais!

O processo de autorização pode ser complicado, mas os resultados, tanto clínicos quanto financeiros, são fantásticos. Os pacientes precisam de uma única avaliação psicológica de um psicólogo da dor antes de um procedimento de teste. Quando a avaliação for com êxitoconcluída , a autorização poderá ser obtida.

O procedimento , de implante de estimulador de medula espinhalque requer O implante de neuroeletrodos sob a pele, ancorados na fáscia toracolombar e conectados por túnel a um IPG (gerador de pulso interno ou bateria), tem um reembolso ainda melhor. O procedimento completo pode levar de 30 a 90 minutos com uma taxa de instalação do Medicare reembolso de aproximadamente US$ 31.697 para um de dois eletrodosimplante percutâneo . O implante também pode ser realizado por um cirurgião de coluna por meio de uma laminectomia parcial e colocação de pás, com reembolso de aproximadamente US$ 43.250 para a instalação. Os custos do equipamento variam novamente, dependendo de acordo com a empresa e os contratos , locaismas variam de US$ 18.000 a $23,000. A maior parte do custo do procedimento está no IPG. Como você pode ver, o lucro do centro cirúrgico com esses casos pode ser superior a US$ 10.000 por caso. Normalmente, um médico especialista em dor de alto volume implantará de dois a três desses dispositivos toda vez que for ao UCA.

Para concluir, se o seu UCA não estiver realizando testes e implantes , ele deveria estar. Trata-se de um procedimento altamente eficaz, com excelente de estimuladores de medula espinhalreembolso e risco relativamente baixo para o paciente. ▪





ERROS E ARMADILHAS COMUNS QUE LEVAM À INFECÇÃO NA

POR LAUREN MACKIE, DNP, FNP-C

O controle de infecções em centros cirúrgicos ambulatoriais (UCAs vai além das técnicas assépticas tradicionais, das boas práticas , dos métodos de esterilização e dos controles ambientais. Este artigo explora as fontes menos óbvias de higieneque contribuem para as infecções de sítio (SSIs) e como lidar com elas de forma eficaz.cirúrgico

OS TRANSPORTADORES SILENCIOSOS DISPOSITIVOS , MÓVEISWEARABLES E DA ÁGUA

A identificação de fontes ocultas de infecção é essencial para manter um ambiente cirúrgico estéril. Um risco frequentemente negligenciado são os dispositivos móveis, que são onipresentes nos ambientes modernos de assistência médica.

Embora necessários, os telefones celulares podem ser uma fonte significativa de contaminação. Qureshi et al. (2020) realizaram um estudo transversal que analisou culturas microbiológicas de 110 telefones celulares usados por cirurgiões ortopédicos, residentes e equipe da sala de cirurgia. O estudo constatou que 93% dos telefones estavam contaminados com Staphylococcus coagulase-negativo (62%), Micrococcus (41%) e espécies de Bacillus (26%) como os organismos mais comuns detectados. A contaminação foi maior em telefones com capas ou rachados. A implementação de um protocolo de uso de telefones celulares - exigindo a esterilização antes, durante e depois do acesso à sala de cirurgia e designar áreas específicas para o uso - pode de telefones celulares reduzir esse risco.

Além disso, é fundamental garantir a conformidade da equipe com as políticas relativas a outros itens de vestuário, como joias, unhas , artificiaismaquiagem excessiva e chapelaria. Essas políticas em seu UCA são regularmenterevisadas ?

A Sociedade Americana de Anestesiologistas ((2022) ASA) destaca o papel vital do Comitê de Saúde Ocupacional (COOH) na avaliação de dados científicos e opiniões de especialistas sobre os riscos de infecção relacionados às práticas de anestesia. Esse comitê estabeleceu diretrizes sobre trajes cirúrgicos adequados para reduzir a disseminação de infecções em ambientes cirúrgicos.

As células da pele e os pelos eliminados pela equipe da sala de cirurgia podem atuar como portadores de bactérias. Essas partículas podem contaminar feridas cirúrgicas ou comprometer instrumentos, luvas e esponjas esterilizados. Esse risco aumenta durante cirurgias "limpas", como substituições de articulações e procedimentos na coluna, em que até mesmo uma pequena presença de bactérias pode levar à infecção. Espécies de Staphylococcus coagulase-negativo, como Staph. epidermidis, são detectadas com frequência em amostras de ar da sala de cirurgia.

Como os seres humanos eliminam milhares de células da pele e cabelos diariamente, as partículas (de 10 a 25 mícrons) representam um risco significativo de maiores contaminação. O arnês é essencial para conter as partículas e minimizar a probabilidade de infecção durante a cirurgia.

Jonathan A. Wilder, Ph.D., destacou os riscos ocultos da má qualidade da água em instalações cirúrgicas na Outpatient Surgery Magazine (2024). Ele enfatizou que desafios como corrosão, depósitos e ferrugem são consequências caras de um sistema de água inadequado, o que pode afetar a esterilização de instrumentos.

Para atenuar esses riscos, o monitoramento regular de partículas, é fundamental . dureza, níveis de cloreto e pH, em conformidade com os padrões descritos na ANSI/AAMI ST108 da Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI)Wilder compartilhou um caso envolvendo um cirurgia local de em uma região com muita neve. Embora o local tivesse limpa água durante o verão, o outono e o inverno, o derretimento da neve primavera fez com que partículas e minerais se infiltrassem no abastecimento de água , municipaldegradando significativamente a qualidade .da água

Para evitar essas falhas, vale a pena investir em testes e monitoramento abrangentes da qualidade da água - a um custo estimado de US$ 5.000 por ano - para evitar problemas dispendiosos com a água em suas instalações.

TELA PARA EVITAR
VENCENDO A BATALHA CONTRA A

Seu UCA pode usar vários recursos para determinar a presença de surtos de organismos multirresistentes (MDRO) na área, ajudando a prevenir SSIs antes que elas comecem. Órgãos de saúde pública,
como os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e estaduais os departamentos , de saúdefornecem dados regionais detalhados sobre a prevalência de MDROs por meio de ferramentas como o Antibiotic Resistance & Patient Safety Portal e a National Healthcare Safety Network (NHSN). Parcerias com hospitais , locaislaboratórios clínicos e serviços de saúde regionais

As redes podem fornecer informações , importantescomo antibiogramas que podem destacar as tendências de resistência na comunidade. A utilização desses recursos ajuda a identificar surtos na comunidade. Por , surtos relacionados a esportes ocorrem em esportes , de alto contatoem que o contato pele a pele e o equipamento compartilhado colocam os atletas em maior risco de colonização e Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA)infecção por . A triagem pré-operatória de MRSA deve identificar esses riscos. Outras populações em risco incluem diabéticos, frequenteshospitalizações , reabilitação recente ou tratamento ambulatorial e infecções cutâneas anteriores▪



A PREVENÇÃO EFICAZ DA SSIS EXIGE UMA CONSCIENTIZAÇÃO DE TODOS OS RISCOS , INCLUINDO POTENCIAISFONTES DE INFECÇÃO, MENOS APARENTES E INCORPORA PERCEPÇÕES .LOCAIS E DA COMUNIDADE

Ahmed Siddiqi, M.D.

SUBSTITUIÇÃO DA ARTICULAÇÃO

O Dr. Ahmed Siddiqi, um renomado cirurgião ortopédico especializado em próteses joelho, de quadril e dedica-se a melhorar a qualidade de vida por meio de dos pacientes técnicas cirúrgicas e compassivo e de ponta atendimento .voltado para a excelência



1 QUAIS SÃO AS CIRURGIAS AMBULATORIAIS COMUNS QUE VOCÊ MAIS REALIZA?

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO (CÓDIGO CPT: 27447)
A artroplastia total do joelho (ATJ) envolve a substituição de toda a articulação do joelho por um implante protético para restaurar a função e aliviar a dor causada por artrite grave, trauma ou deformidade. Normalmente, essa cirurgia envolve a remoção da cartilagem danificados e do osso e sua substituição por de metal e componentes polietileno. Historicamente realizada em hospitais devido à sua complexidade, a ATJ passou a ser realizada em UCAs devido aos avanços nas cirúrgicastécnicas , anestesia e protocolos pós-operatórios. Fatores como a recuperação mais curta Os tempos de internação, os custos reduzidos e as menores taxas de infecção impulsionaram essa mudança. O ambiente ambulatorial é particularmente benéfico para saudáveis e de baixo risco pacientes que estão motivados a se recuperar em casa.

ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL (CÓDIGO CPT: 27130)
A artroplastia total do quadril (ATQ) substitui a articulação do quadril por componentes protéticos, incluindo uma cabeça femoral de metal ou cerâmica e um de polietileno revestimento acetabular ou cerâmica. Ela trata a dor e disfunção causadas por condições como osteoartrite, necrose avascular ou fraturas de quadril. Inovações como a abordagem anterior direta, que poupa músculos e tendões, tornaram no mesmo diaviável . a alta Nas UCAs, a ATQ está crescendo devido ao seu perfil de , segurança comprovadolevando à redução da permanência no hospital, economia de custos e maior satisfação . do pacienteEssa transição tem sido apoiada por estratégias aprimoradas de controle da dor, incluindo anestesia regional e multimodalanalgesia .

ARTROPLASTIA PARCIAL DO JOELHO (CÓDIGO CPT: 27446)
A artroplastia unicompartimental do joelho (UKA), também conhecida como substituição parcial do joelho, envolve

substituindo apenas o compartimento danificado do joelho (medial, lateral ou patelofemoral) em vez de toda a articulação. Esse procedimento preserva mais estruturas naturais do joelho, como os ligamentos, permitindo uma recuperação mais rápida e uma cirurgia em comparação menos invasiva com a ATJ. A UKA é adequada para pacientes com artrite localizada em um compartimento e se tornou uma opção atraente para as UCAs. Seu tempo operatório mais curto, incisões menores e requisitos de reabilitação reduzidos se alinham bem com as metas de eficiência da cirurgia ambulatorial.

2 QUAL É O CUSTO DOS INSTRUMENTOS? E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA ESSES CIRURGIAS?

Os custos associados aos instrumentos e equipamentos necessários para essas cirurgias variam de acordo com o tipo de procedimento, a marca do equipamento e a utilização ou não de sistemas robóticos.

Para ATJ, os implantes protéticos variam entre US$ 3.500 e US$ 7.500, com custos influenciados pelo pelo fabricante e projeto do implante (cimentado versus não cimentado). Os conjuntos de instrumentação necessários para a ATJ normalmente custam entre US$ 15.000 e US$ 50.000, dependendo do fato de a técnica ser avançada ou não. ou ferramentas padrão são usadas. Suprimentos descartáveis, como campos cirúrgicos, cimento ósseo e pontas , custam de US$ 500 a US$ 1.000 adicionais por caso.de sucção Se forem sistemas assistidos por robôs, como Mako ou Rosa, o investimento de capital inicial pode variam de US$ 500.000 a US$ 2.000.000, .com custos anuais de manutenção que acrescentam outros US$ 50.000 a US$ 1.000.000 $100,000.

Na THA, o custo do implante varia de US$ 3.500 a US$ 8.000, e os instrumentos cirúrgicos necessários podem custar entre US$ 10.000 e US$ 50.000. Os itens descartáveis, incluindo campos cirúrgicos e parafusos, custam aproximadamente US$ 300 a US$ 800 por caso. Assim como na ATJ, a assistência robótica aumenta significativamente .os custos

Para a UKA, os custos de implante são um pouco mais baixos, variando de US$ 3.000 a US$ 6.000, enquanto os conjuntos e descartáveis se alinham com os da ATJ.de instrumentos

EVOLUÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO AMBULATORIAL DE ARTICULAÇÕES (2015-ATUAL)

A evolução da substituição de articulações em ambulatório reflete os avanços em inovação , perioperatórios cirúrgicacuidados e políticas . de saúdeAntes de 2015, as substituições de articulações eram predominantemente realizadas em hospitais devido a preocupações com complicações pós-operatórias, da dor controle e necessidade de reabilitação prolongada. No entanto, vários desenvolvimentos impulsionaram a migração desses procedimentos para os UCAs:

- AVANÇOS NO CONTROLE DA DOR: O A adoção generalizada de multimodalanalgesia , bloqueios nervosos regionais e anestésicos reduziu significativamente a dor e a locais de ação prolongada necessidade de opioides, permitindo uma mais rápida recuperação e alta no mesmo dia.
- PROTOCOLOS DE RECUPERAÇÃO APRIMORADOS: Recuperação aprimorada padronizada após a cirurgia (ERAS) simplificaram pré-operatórios os cuidados e pós-operatórios, enfatizaram a mobilidade precoce e reduziram as internações hospitalares.
- INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS: A adoção de técnicas minimamente invasivas, incluindo sistemas assistidos por robôs como Mako, Rosa, CORI, Velys e Think Surgical, melhorou a precisão e os resultados, minimizando tecidualo trauma .
- MUDANÇAS NA POLÍTICA: Em 2018, o Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) retirou a ATJ da lista de pacientes internados, sinalizando uma grande mudança na política de saúde e abrindo as portas para a ATJ ambulatorial em UCAs. Mudanças semelhantes para ATJ ocorreram nos anos , acelerando ainda mais a tendência.seguintes
- EFICIÊNCIA DE CUSTO: as substituições de articulações ambulatoriais em UCAs oferecem economias de custo significativas em comparação com os ambientes hospitalares, beneficiando tanto os pagadores quanto os pacientes. Um estudo de 2020 publicado no The Journal of Arthroplasty descobriu que os UCAs poderiam reduzir os custos em 30% a 50%, mantendo a segurança e comparáveisos resultados .
- IMPACTO DA PANDEMIA: a pandemia de COVID-19 acelerou a mudança para ambientes ambulatoriais, já que os hospitais se concentraram no tratamento de pacientes graves, levando os cirurgiões a explorar os UCAs com mais frequência para procedimentos eletivos.



"De 2015 até hoje, as substituições de articulações ambulatoriais passaram de uma oferta de nicho para uma solução convencional para pacientes qualificados. Hoje, os UCAs são a pedra angular do atendimento baseado em valor em ortopedia, oferecendo soluções eficientes e centradas no paciente que se alinham às demandas modernas de saúde."
- AHMED SIDDIQI, M.D.

3

QUAL É A MÉDIA REEMBOLSO PARA CADA UMA DESSAS CIRURGIAS?

O reembolso varia significativamente entre os pagadores comerciais e o Medicare. Abaixo estão os intervalos estimados:

- Artroplastia total do joelho
  Pagadores comerciais: US$ 5.000 - US$ 20.000 Medicare: US$ 1.100 - US$ 1.500
- Artroplastia total do quadril
  Pagadores : comerciaisUS$ 8.000 - US$ 22.000 Medicare: US$ 1.100 - US$ 1.500
- Artroplastia parcial de joelho Pagadores : comerciaisUS$ 5.000 - US$ 15.000 Medicare: US$ 1.100 - US$ 1.500

4

COMO VOCÊ OTIMIZA A LUCRATIVIDADE DE CADA CIRURGIA?

Para maximizar a lucratividade, os custos devem ser cuidadosamente negociados comdo implante fornecedores, aproveitando os acordos baseados em volume para obter melhores preços. O uso de econômicos e clinicamente comprovados implantes pode reduzir significativamente as despesas.

As cirurgias assistidas por robô podem melhorar o de marketing apelo e aumentar o volume de , mas seu uso deve ser justificado por adequadas casostaxas de reembolso e simplificadofluxo de trabalho cirúrgico .

Otimizar a eficiência da sala de cirurgia é fundamental. A redução dos tempos de rotatividade permite a realização de mais casos por dia, aumentando diretamente a receita. Além disso, a revisão regular dos contratos com os pagadores garante taxas de reembolso competitivas. A eficiência da equipe é outro fator crítico; o treinamento cruzado dos membros da equipe para lidar com várias funções reduz os custos de mão de obra e o atendimento .de alta qualidade

5

COMO ESPECIALISTA, QUE CONSELHO OU "TRUQUES DA PROFISSÃO" VOCÊ PODE OFERECER AOS NOVOS CIRURGIÕES PARA MAXIMIZAR O RETORNO DE CADA CIRURGIA?

Para os novos cirurgiões que estão entrando da cirurgia ambulatorialno cenário , em procedimentos com é fundamental concentrar-se resultados e tempos operatórios mais curtos.previsíveis

A construção de relacionamentos sólidos com fornecedores pode levar a preços favoráveis de implantes e acesso a mais recentestecnologias . O monitoramento das principais métricas de desempenho, como custos de casos, tempos de rotatividade na sala de cirurgia e resultados dos pacientes, ajuda a identificar áreas de melhoria.

Os cirurgiões também devem colaborar estreitamente com os administradores de UCA para analisar financeiro os dados de desempenho e ajustar as estratégias de acordo. Protocolos eficientes de planejamento pré-operatório e de cuidados pós-operatórios reduzem as complicações, levando a melhores resultados e maior satisfação do paciente, aumentando indiretamente a lucratividade por meio de indicações boca a boca e melhores avaliações. ■



Zymfentra DIRECT

One easy pathway to get patients started on ZYMFENTRA® (infliximab-dyyb)

Complete & submit ZYMFENTRA® Patient Rx Enrollment Form to CarePartners Pharmacy by visiting: **www.ZymfentraDirect.com** or ZymfentraDIRECT **Fax: (866) 832-7180.**

Make sure to include:

- Patient insurance information
- Clinical notes, medical notes, and labs

www.zymfentradirect.com

ZymfentraDIRECT offers a comprehensive, end-to-end solution for healthcare providers to start patients on IV infliximab or transition them to ZYMFENTRA® (SC infliximab).

Other ways to prescribe ZYMFENTRA® through CarePartners Pharmacy:

- E-Prescribe to CarePartners Pharmacy:
  NPI: 1619536240 | Address: 326 Peterson Rd. Libertyville, IL 60048
- Fax the completed & signed ZYMFENTRA® Patient Rx Enrollment Form to:
  (866) 832-7180

Contact CarePartners Pharmacy with any questions

ZymfentraDIRECT Phone: (866) 852-6264

- **Full Benefits Investigation**
- **Pharmacy & Patient Access Support**
- **Savings Programs**
- **Adherence & Compliance**

CarePartners pharmacy

CELLTRION

ZymfentraDIRECT is managed and operated by CarePartners Pharmacy.*

**You can prescribe ZYMFENTRA® to any pharmacy*

ZD/ad/v3/1.22.25

Procedimentos : ambulatoriaisFaturamento e suprimentos

POR BRITTANE L. STRAHAN, MSN RN CCRP

REPARO DE HÉRNIA

PROCEDIMENTO

A herniorrafia é realizada para reparar uma área muscular enfraquecida na virilha, na parede abdominal ou no abdômen. O conteúdo abdominal saliente é então reduzido de volta ao lugar.

Três métodos diferentes podem ser usados:

Laparoscópico
Robótica
Aberto (não tão comum)

A técnica cirúrgica dependerá da localização e da gravidade. O tempo médio do procedimento é de 30 minutos a cinco horas.



INSTRUMENTOS

Vários instrumentos são usados e incluem:

- Seringa
- Agulha 25G
- Faca/lâmina cirúrgica
- Fórceps
- Mosquito
- Polegar de Adson
- Tesoura de dissecação
- Malha cirúrgica
- Retratores
- Langenbeck
- Adson (opcional - permite que o procedimento seja realizado sem um assistente)
- Suporte de agulha
- Suturas
- Dreno de Penrose, fita umbilical ou pinça de anel de hérnia (para segurar o cordão espermático)
- Grampos intestinais

FATURAMENTO

A codificação refletirá a abordagem cirúrgica, a localização anatômica, a redutibilidade, a idade do paciente e se o procedimento é inicial ou repetido. A colocação da malha pode ser faturada separadamente, exceto no caso de uma abordagem laparoscópica, em que ela está já incluída no código.

O código de diagnóstico da CID-10 também é importante e pode incluir: K40-K46 (hérnia, especificada para anatômicalocalização).

Hérnia, procedimento :aberto

49491/ 49492/ 49495/ 49496/ 49500/ 49501/ 49505/ 49507/ 49520/ 49521/ 49525/ 49540/ 49550/ 49553/ 49555/ 49557/ 49591/ 49592/ 49593/ 49594/ 49595/ 49596/ 49600/ 49605/ 49606/ 49610/ 49611/ 49613/ 49614/ 49615/ 49616/ 49617/ 49618/ 49621/ 49622/ 49623/ 49650/ 49651

Hérnia, procedimento : laparoscópico49659

CIRURGIA DE CATARATA

PROCEDIMENTO

Essa cirurgia , que geralmente leva curtamenos de uma hora, é feita para remover o cristalino e substituí-lo por um artificial para restaurar a visão clara na velhice ou após um trauma . ocularHá dois métodos disponíveis para remover a catarata. Eles incluem a facoemulsificação (o uso de ultrassom para quebrar catarata) ou a extração .extracapsular da catarata

INSTRUMENTOS

Vários instrumentos são usados, incluindo:

- Fórceps
- Bonn
- Gravata reta
- Castroviejo .12
- Suave
- Kellman
- Gravata angular
- Utrata
- Biscoito de núcleo
- Mosquito Halstead
- Tesouras
- Mayo
- Ponto de sonda angular
- Stevens (curvado)
- Westcott
- Vanna (curva e reta)
- Cabo de faca
- Faca de guelra córnea
- Ganchos
- Sinskey
- Kuglen (em ângulo e reto)
- Choppers
- Faco de Nagahara
- Núcleo Seibel (com duas extremidades e mão esquerda)
- Manipulador de núcleo Drysdale
- Anel de fixação Thornton
- Espátula (ciclodiálise, Castroviejo de duas pontas)
- Espéculo de tampa de arame Kratz-Barraquer
- Suporte de agulha
- Grampo de segurança da Edwards

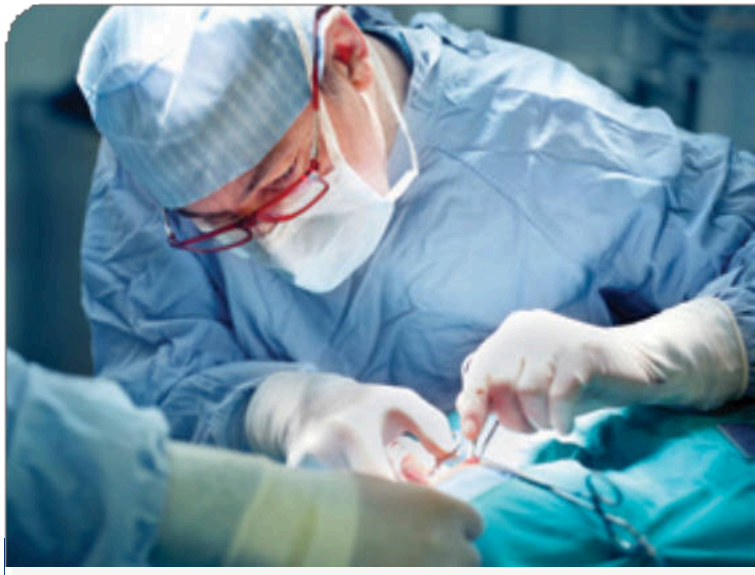
O equipamento específico varia de acordo com o método .cirúrgico

FATURAMENTO

Há dois códigos possíveis da CID-10 (H25 e H26). Os códigos devem ser selecionados com base na abordagem.de faturamento

Remoção de catarata extracapsular com inserção de prótese de lente intraocular (procedimento em um estágio), usando técnica manual ou mecânica (por exemplo, irrigação e aspiração ou facoemulsificação); sem ciclofotocoagulação : endoscópica66984

Remoção de catarata extracapsular com inserção de prótese de lente intraocular (procedimento em um estágio), usando técnica manual ou mecânica (por exemplo, irrigação e aspiração ou facoemulsificação); com ciclofotocoagulação endoscópica: 66988



COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO

A colecistectomia é realizada para colecistite (com ou sem cálculos), cálculos biliares no ducto biliar, pólipos, pancreatite (relacionada a cálculos biliares) ou confirmada/suspeitamalignidade .
Normalmente, esse procedimento é feito por laparoscopia, embora possa ser usada abordagem . Do início ao fim, o procedimento leva uma ou duas horas.uma aberta

INSTRUMENTOS

Vários instrumentos são usados, incluindo:

- Grampos Kelly
- Pinça Kocher
- Suporte de agulha
- Tesouras
- Clipes
- Sucção
- Faca e cabo
- Retratores
- Balfour
- Bookwalter
- Grampo de ângulo reto
- Dissecador Kitner
- Configuração eletrocirúrgica
- Suturas ou clipes (do cirurgiãopreferência)

FATURAMENTO

A codificação deve incluir o código de diagnóstico da CID-10 (K80-82 ou C23), bem como códigos de procedimento.

Procedimentos laparoscópicos do trato : 47562/ 47563/ 47564biliar



RESSECÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS (INCLUSIVE MOHS)

PROCEDIMENTO

Várias de pele lesões podem ser removidas em ambiente .ambulatorial Esses métodos incluem raspagens, curetagens, biópsias por , excisões e punçãoeletrocirurgia. As indicações para esses procedimentos são inestéticas, incômodas típicas lesões de pele e/ou suspeitas.

O tempo necessário para cada procedimento é depende inteiramente do tamanho da lesão e do envolvimento da pele circundante e dos tecidos subjacentes. Um simples barbear pode levar alguns minutos, mas o MOHS A cirurgia pode levar algumas horas.

INSTRUMENTOS

Vários instrumentos são usados e incluem:

- Cabo de bisturi
- Lâmina número 15 (embora uma número 10 possa ser preferida com base no local anatômico)
- Dermablade
- Pinça serrilhada Adson
- Ganchos de pele
- Tesouras
- Gradle
- Íris
- Suporte de agulha
- Suturas ou adesivos
- Colher de curetagem
- Trefina de punção (2-7 mm) e alça

A instrumentação varia de acordo com a lesão cutânea e o procedimento.

FATURAMENTO

Há vários códigos para lesões cutâneas e o código correto deve ser selecionado na biblioteca da CID-10.

- Destruição de lesões pré-malignas (actínicaceratose): 17000 (primeira lesão), 17003 (lesões 2-14) e 17004 (lesões 15+)
- Destruição de lesões benignas (seborréicas queratoses ou verrugas): 17110 (lesões 1-14) e 17111 (lesões 15+)
- Remoção de marcas : de pele11200 (lesões 1-14) e 11201 (lesões 15+; separadas em grupos de 10)
- Destruição de malignaslesões : o código é baseado no tamanho e na localização 17260-17286

Observação: lesões pré-malignas e benignas ao redor da boca, pálpebra, conjuntiva, ânus, pênis, vulva e vagina devem ser faturadas com os códigos específicos da anatomia e não com os códigos listados acima.

Tipos específicos de biópsia têm códigos adicionais, incluindo:

- Biópsia : por punção11104
- Biópsia : incisional11106

COMPLETE SURGICAL NUTRITION



FORMULATED BY SURGEONS



SUPPORT YOUR PATIENTS' RECOVERY WITH AN ALL-IN-ONE NUTRITIONAL SOLUTION.

Our evidence-based blend of essential proteins, vitamins, and nutrients to accelerate wound healing, boost the immune system, and support muscle recovery - all with one goal in mind: to get patients back to doing what they love as quickly as possible.

Contact us today to learn more about partnering with Complete Surgical Nutrition to generate Ancillary Revenue for your practice, while providing excellent patient care.

Info@CompleteSurgicalNutrition.com
www.CompleteSurgicalNutrition.com
(541)414-3153

Os benefícios financeiros de Conformidade com: o Código de Segurança da Vida

POR QUE AS PESQUISAS SIMULADAS SÃO ESSENCIAIS PARA AS UCAs

POR DALE LYMAN



CONSIDERE ESTE CENÁRIO

Um Centro de Cirurgia Ambulatorial (UCA) grande, estabelecido e multimilionário tem um fluxo constante de pacientes e uma equipe bem treinada. O UCA está se preparando para a pesquisa de credenciamento e todos esperam uma avaliação tranquila. No entanto, quando os inspetores chegam, identificam graves deficiências , resultando em uma deficiência de nível de condição. Essa constatação desencadeia um plano de correção e, possivelmente, uma nova vistoria. A no Código de Segurança da Vidaconsequência? Perda de receita durante o tempo necessário para resolver essas deficiências, horas gastas em pela equipe reeducação e treinamento, interrupções operacionais significativas e o custo/taxas de tolerância associados a uma de acompanhamentovistoria .

Infelizmente, esse cenário é muito comum e pode ser evitado com vistorias de segurança de vida. Independentemente de o simuladas regulares UCA ser novo ou antigo, manter a conformidade com o Código de Segurança de Vida não apenas garante
um ambiente mais seguro, mas também protege a receita e estabilidade operacional. O investimento em pesquisas simuladas permite que os UCAs abordem proativamente as possíveis deficiências, economizando tempo e dinheiro e permitindo que os UCAs façam as correções necessárias em seu próprio cronograma, e não em um cronograma comprimido exigido por um plano de correção.

Alguns exemplos de itens que poderiam ser identificados como deficiências importantes por umde grande porte
O inspetor de segurança de vida inclui um de energia de emergênciasistema
(gerador ou no-break) que não tenha sido projetado e instalado corretamente para o nível de anestesia
que está sendo administrado no UCA. NFPA A conformidade com o código inclui requisitos muito específicos,99 para instalações de saúde especialmente para anestesia geral. Outras deficiências comumente identificadas incluem contra incêndio ausentes ou colocados incorretamenteequipamentos de proteção , paredes corta-fogo não projetadas corretamente ou ausentes nos UCAs e válvulas de fechamento de emergência de gás medicinal não corretamente.colocadas

Essas deficiências podem facilmente chegar a uma deficiência de nível condicional, o que pode levar a dispendiososatrasos . A realização de um exame ou de uma vistoria simulada por um , não muito diferente de um exame físico médico completo de um paciente, pode identificar esses problemas com antecedência para que possam ser completo profissional de segurança de vidaresolvidos.

1

Conformidade proativa para UCAs novos e estabelecidos Para qualquer UCA, uma pesquisa de segurança de vida bem-sucedida é essencial para manter o credenciamento operacional, a confiança dos pacientes e a estabilidade financeira. Para novas instalações, uma abordagem proativa que inclua uma vistoria simulada ajuda a evitar atrasos dispendiosos no credenciamento que prejudicam a geração de . receitaPara os UCAs estabelecidos, as vistorias simuladas ajudam a garantir que todas as deficiências sejam identificadas e corrigidas antes da vistoria , oficialevitando perda de receita, possíveis penalidades e interrupção do atendimento aos pacientes.

Exemplo: Um UCA , de longa dataconfiando em seu histórico de conformidade, pode pular uma revisão completa antes de uma vistoria. No entanto, os padrões de segurança de vida evoluem e, sem avaliações internas de rotina, deficiências como paredes de barreira contra incêndio ausentes ou sistemas de iluminação de emergência desatualizados podem facilmente passar despercebidas. Uma vistoria simulada de segurança de vida traria à tona , esses problemaspermitindo ações corretivas em um cronograma gerenciável e evitando interrupções dispendiosas durante a vistoria .real

2

Proteção da receita por meio da conformidade contínua Quando as deficiências do Código de Segurança da Vida são encontradas durante uma vistoria oficial de credenciamento, as consequências podem ir muito além das violações de conformidade. As correções necessárias podem exigir modificações nas instalações, retreinamento da equipe e, às vezes, o reagendamento da própria vistoria. Durante esses atrasos, a capacidade do UCA de atender aos pacientes e gerar receita é significativamente afetada.

As vistorias simuladas de segurança de vida podem eliminar esses problemas, abordando as deficiências antes que elas afetem as operações. Essa abordagem proativa permite que os UCAs atendam aos com confiança padrões , de credenciamentogarantindo o atendimento ininterrupto aos pacientes e a geração de .receita

3

Prudência financeira: Prevenção de penalidades e interrupções operacionais

Resolver as deficiências por meio de uma vistoria simulada é um investimento que evita custos mais substanciais, muitas vezes inesperados. Quando as deficiências são encontradas em uma inspeção , oficialelas normalmente exigem correção imediata. Isso significa retirar recursos de outras prioridades operacionais, possivelmente interrompendo os serviços aos pacientes e aumentando operacionaisos custos . Em alguns casos, é necessário , o que repetir as pesquisasatrasa ainda mais a geração de receita e aumenta a pressão .financeira

As vistorias simuladas de segurança de vida permitem que os UCAs distribuam os custos e lidem com as correções sem a pressão de uma vistoria iminente, reduzindo os riscos financeiros e operacionais. ▪



Pesquisas simuladas regulares de segurança de vida oferecem uma solução ,proativa fornecendo aos UCAs um roteiro para conformidade contínua e financeiraestabilidade . Ao investir nessas avaliações, os UCAs protegem sua receita, mantêm
atendimento ao paciente e atender com segurança aos ininterrupto requisitos ,de credenciamento preparando o terreno
para uma empresa lucrativa e futuro .em conformidade

ZYMFENTRA®, the only FDA-approved SC formulation of infliximab is available

ZYMFENTRA is indicated in adults for the maintenance treatment of moderately to severely active ulcerative colitis or moderately to severely active Crohn's disease following an IV infliximab product.



Important Safety Information

WARNING: SERIOUS INFECTIONS and MALIGNANCY

SERIOUS INFECTIONS

Patients treated with TNF blockers, including ZYMFENTRA, are at increased risk for developing serious infections that may lead to hospitalization or death. Most patients who developed these infections were taking concomitant immunosuppressants such as methotrexate or corticosteroids.

Discontinue ZYMFENTRA if a patient develops a serious infection or sepsis.

Reported infections include:

- Active tuberculosis, including reactivation of latent tuberculosis. Patients with tuberculosis have frequently presented with disseminated or extrapulmonary disease. Test patients for latent tuberculosis before ZYMFENTRA use and during therapy. Initiate treatment for latent infection prior to ZYMFENTRA use.
- Invasive fungal infections, including histoplasmosis, coccidioidomycosis, candidiasis, aspergillosis, blastomycosis, and pneumocystosis. Patients with histoplasmosis or other invasive fungal infections may present with disseminated, rather than localized, disease. Antigen and antibody testing for histoplasmosis may be negative in some patients with active infection. Consider empiric anti-fungal therapy in patients at risk for invasive fungal infections who develop severe systemic illness.
- Bacterial, viral and other infections due to opportunistic pathogens, including Legionella and Listeria.

Carefully consider the risks and benefits of treatment with ZYMFENTRA prior to initiating therapy in patients with chronic or recurrent infection.

Closely monitor patients for the development of signs and symptoms of infection during and after treatment with ZYMFENTRA, including the possible development of tuberculosis in patients who tested negative for latent tuberculosis infection prior to initiating therapy.

MALIGNANCY

Lymphoma and other malignancies, some fatal, have been reported in children and adolescent patients treated with TNF blockers, including infliximab products.

Postmarketing cases of hepatosplenic T-cell lymphoma (HSTCL), a rare type of T-cell lymphoma, have been reported in patients treated with TNF blockers, including infliximab products. These cases have had a very aggressive disease course and have been fatal. Almost all patients had received treatment with azathioprine or 6-mercaptopurine concomitantly with a TNF blocker at or prior to diagnosis. The majority of reported cases have occurred in patients with Crohn's disease or ulcerative colitis and most were in young adult males.

Contraindications

- ZYMFENTRA is contraindicated in patients with a history of a severe hypersensitivity reaction to infliximab-dyyb, other infliximab products, any of the inactive ingredients in ZYMFENTRA, or any murine proteins. Reactions have included anaphylaxis.

Warnings and Precautions

- ***Serious infections:*** Avoid in patients with active infection. If infection develops, conduct a prompt/complete diagnostic workup appropriate for immunocompromised patients and initiate antimicrobials. If systemic illness develops in patients who reside or travel to regions where mycoses are endemic, consider empiric antifungals.
- ***Malignancies:*** Malignancies, including lymphoma, were greater in TNF-blocker-treated patients. Consider the higher risk of hepatosplenic T-cell lymphoma (HSTCL) with combination therapy versus increased risk of immunogenicity and hypersensitivity reactions with monotherapy.
- ***Hepatitis B virus (HBV) reactivation:*** Test for HBV infection before starting treatment. Monitor HBV carriers during and several months after therapy for active HBV infection. If reactivation occurs, stop ZYMFENTRA and begin anti-viral therapy.

Please see brief summary of Prescribing Information, including **BOXED WARNING**, on adjacent pages.

Learn more at zymfentra.com

- ***Hepatotoxicity:*** Severe hepatic reactions, some fatal or necessitating liver transplantation have occurred in patients receiving infliximab products. Monitor hepatic enzymes and liver function tests every 3-4 months during treatment; investigate liver enzyme elevations and interrupt treatment if drug-induced liver injury is suspected. Instruct patients to seek immediate medical attention if symptoms develop.
- ***Congestive heart failure (CHF):*** New onset or worsening symptoms may occur. Avoid in patients with CHF. Monitor for new/worsening symptoms when administering ZYMFENTRA.
- ***Hematologic reactions:*** Advise patients to seek immediate medical attention if signs and symptoms of cytopenia develop; consider stopping if significant hematologic abnormalities develop.
- ***Hypersensitivity and other administration reactions:*** Serious hypersensitivity reactions, including anaphylaxis have occurred with intravenous formulations of infliximab; discontinue ZYMFENTRA and start appropriate therapy.
- ***Neurologic reactions:*** Exacerbation or new onset CNS demyelinating disorders may occur; consider discontinuation of ZYMFENTRA.
- ***Risk of infection with concurrent administration of other biological products:*** Concurrent use with other immunosuppressive biologics may increase risk of infection.
- ***Risk of additive immunosuppressive effects from prior biological products:*** Consider the half-life and mode of action of prior biologics.
- ***Autoimmunity:*** Formation of autoantibodies and development of lupus-like syndrome may occur; discontinue ZYMFENTRA if symptoms develop.
- ***Vaccinations and use of live vaccines/therapeutic infectious agents:*** Prior to initiating ZYMFENTRA bring patients up to date with vaccinations. Live vaccines or therapeutic infectious agents should not be given with ZYMFENTRA. A 6-month waiting period following birth is recommended before the administration of live vaccines to infants exposed *in utero* to infliximab.

Common Adverse Reactions (≥3%)

- ***Ulcerative Colitis:*** COVID-19, anemia, arthralgia, injection site reaction, increased alanine aminotransferase, and abdominal pain.
- ***Crohn's Disease:*** COVID-19, headache, upper respiratory tract infection, injection site reaction, diarrhea, increased blood creatine phosphokinase, arthralgia, increased alanine aminotransferase, hypertension, urinary tract infection, neutropenia, dizziness, and leukopenia.

Drug Interactions

- Concurrent use with immunosuppressive biologics used to treat UC and CD is not recommended due to risk of infection.
- Formation of CYP450 enzymes may be suppressed by increased levels of cytokines during chronic inflammation. ZYMFENTRA could normalize the formation of CYP450 enzymes potentially resulting in decreased exposure of CYP450 substrates and requiring dose adjustments.

CD=Crohn's disease; FDA=Food and Drug Administration; IV=intravenous; SC=subcutaneous; UC=ulcerative colitis.

References: 1. ZYMFENTRA™ Prescribing Information, Celltrion, Inc., 2024. **2.** Data on file. Celltrion, Inc.

Zymfentra®
infliximab-dyyb | subcutaneous 120 mg/mL

ZYMFENTRA (infliximab-dyyb) for injection for subcutaneous use
PROFESSIONAL BRIEF SUMMARY
For complete details, please see full Prescribing Information.

WARNING: SERIOUS INFECTIONS and MALIGNANCY

SERIOUS INFECTIONS

Patients treated with TNF blockers, including ZYMFENTRA, are at increased risk for developing serious infections that may lead to hospitalization or death [see Warnings and Precautions, Adverse Reactions]. Most patients who developed these infections were taking concomitant immunosuppressants such as methotrexate or corticosteroids.

Discontinue ZYMFENTRA if a patient develops a serious infection or sepsis.

Reported infections include:

- **Active tuberculosis, including reactivation of latent tuberculosis. Patients with tuberculosis have frequently presented with disseminated or extrapulmonary disease. Test patients for latent tuberculosis before ZYMFENTRA use and during therapy. Initiate treatment for latent infection prior to ZYMFENTRA use.**
- **Invasive fungal infections, including histoplasmosis, coccidioidomycosis, candidiasis, aspergillosis, blastomycosis, and pneumocystosis. Patients with histoplasmosis or other invasive fungal infections may present with disseminated, rather than localized, disease. Antigen and antibody testing for histoplasmosis may be negative in some patients with active infection. Consider empiric anti-fungal therapy in patients at risk for invasive fungal infections who develop severe systemic illness.**
- **Bacterial, viral and other infections due to opportunistic pathogens, including Legionella and Listeria.**

Carefully consider the risks and benefits of treatment with ZYMFENTRA prior to initiating therapy in patients with chronic or recurrent infection.

Closely monitor patients for the development of signs and symptoms of infection during and after treatment with ZYMFENTRA, including the possible development of tuberculosis in patients who tested negative for latent tuberculosis infection prior to initiating therapy.

MALIGNANCY

Lymphoma and other malignancies, some fatal, have been reported in children and adolescent patients treated with TNF blockers, including infliximab products [see Warnings and Precautions].

Postmarketing cases of hepatosplenic T-cell lymphoma (HSTCL), a rare type of T-cell lymphoma, have been reported in patients treated with TNF blockers, including infliximab products. These cases have had a very aggressive disease course and have been fatal. Almost all patients had received treatment with azathioprine or 6-mercaptopurine concomitantly with a TNF blocker at or prior to diagnosis. The majority of reported cases have occurred in patients with Crohn's disease or ulcerative colitis and most were in young adult males [see Warnings and Precautions].

INDICATIONS AND USAGE

ZYMFENTRA is indicated in adults for maintenance treatment of:

- moderately to severely active ulcerative colitis following treatment with an infliximab product administered intravenously.
- moderately to severely active Crohn's disease following treatment with an infliximab product administered intravenously.

CONTRAINDICATIONS

ZYMFENTRA is contraindicated in patients with a history of a severe hypersensitivity reaction to infliximab-dyyb, other infliximab products, any of the inactive ingredients in ZYMFENTRA, or any murine proteins. Reactions have included anaphylaxis [see Warnings and Precautions].

WARNINGS AND PRECAUTIONS

Serious Infections

Patients treated with ZYMFENTRA are at increased risk for developing serious infections involving various organ systems and sites that may lead to hospitalization or death.

Opportunistic infections due to bacterial, mycobacterial, invasive fungal, viral, or parasitic organisms including aspergillosis, blastomycosis, candidiasis, coccidioidomycosis, cryptococcosis, histoplasmosis, legionellosis, listeriosis, pneumocystosis, salmonellosis and tuberculosis have been reported with TNF blockers. Patients have frequently presented with disseminated rather than localized disease.

Treatment with ZYMFENTRA should not be initiated in patients with an active infection, including clinically important localized infections. Patients greater than 65 years of age, patients with comorbid-conditions and/or patients taking concomitant immunosuppressants such as corticosteroids or methotrexate may be at greater risk of infection. The risks and benefits of treatment should be considered prior to initiating therapy in patients:

- with chronic or recurrent infection;
- who have been exposed to tuberculosis;
- with a history of an opportunistic infection;
- who have resided or traveled in areas of endemic tuberculosis or endemic mycoses, such as histoplasmosis, coccidioidomycosis, or blastomycosis; or
- with underlying conditions that may predispose them to infection.

Tuberculosis

Cases of reactivation of tuberculosis or new tuberculosis infections have been observed in patients receiving TNF-blockers, including patients who have previously received treatment for latent or active tuberculosis. Cases of active tuberculosis have also occurred in patients being treated with infliximab products during treatment for latent tuberculosis. Evaluate patients for tuberculosis risk factors and test for latent infection prior to initiating ZYMFENTRA and periodically during therapy.

Treatment of latent tuberculosis infection prior to therapy with TNF blockers has been shown to reduce the risk of tuberculosis reactivation during therapy. Induration of 5 mm or greater with tuberculin skin testing should be considered a positive test result when assessing if treatment for latent tuberculosis is needed prior to initiating ZYMFENTRA even for patients previously vaccinated with Bacille Calmette-Guérin (BCG).

Consider anti-tuberculosis therapy prior to initiation of ZYMFENTRA in patients with a past history of latent or active tuberculosis in whom an adequate course of treatment cannot be confirmed, and for patients with a negative test for latent tuberculosis but having risk factors for tuberculosis infection. Consultation with a physician with expertise in the treatment of tuberculosis is recommended to aid in the decision whether initiating anti-tuberculosis therapy is appropriate for an individual patient.

Tuberculosis should be strongly considered in patients who develop a new infection during treatment with ZYMFENTRA especially in patients who have previously or recently traveled to countries with a high prevalence of tuberculosis, or who have had close contact with a person with active tuberculosis.

Monitoring

Closely monitor patients for the development of signs and symptoms of infection during and after treatment with ZYMFENTRA including the development of tuberculosis in patients who tested negative for latent tuberculosis infection prior to initiating therapy. Tests for latent tuberculosis infection may also be falsely negative while on therapy with ZYMFENTRA.

Discontinue ZYMFENTRA if a patient develops a serious infection or sepsis. A patient who develops a new infection during treatment with ZYMFENTRA should undergo prompt and complete diagnostic workup appropriate for an immunocompromised patient; appropriate antimicrobial therapy should be initiated, and the patient should be closely monitored.

Invasive Fungal Infections

For patients who reside or travel in regions where mycoses are endemic, invasive fungal infection should be suspected if they develop a serious systemic illness. Appropriate empiric antifungal therapy should be considered while a diagnostic workup is being performed. Antigen and antibody testing for histoplasmosis may be negative in some patients with active infection. When feasible, the decision to administer empiric antifungal therapy in these patients should be made in consultation with a physician with expertise in the diagnosis and treatment of invasive fungal infections and should take into account both the risk for severe fungal infection and the risks of antifungal therapy.

Malignancies

Malignancies, some fatal, have been reported among children, adolescents and young adults who received treatment with TNF blockers (initiation of therapy ≤18 years of age), including infliximab products. Approximately half of these cases were lymphomas, including Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma. The other cases represented a variety of malignancies, including rare malignancies that are usually associated with immunosuppression and malignancies that are not usually observed in children and adolescents. The malignancies occurred after a median of 30 months (range 1 to 84 months) after the first dose of TNF blocker therapy. Most of the patients were receiving concomitant immunosuppressants. These cases were reported postmarketing and are derived from a variety of sources, including registries and spontaneous postmarketing reports.

Lymphomas

In the controlled portions of clinical trials of TNF blockers, more cases of lymphoma have been observed among patients receiving a TNF blocker compared with control patients. Cases of acute and chronic leukemia have been reported with postmarketing TNF blocker use, including infliximab products.

Hepatosplenic T-cell Lymphoma (HSTCL)

Postmarketing cases of hepatosplenic T-cell lymphoma (HSTCL), a rare type of T-cell lymphoma, have been reported in patients treated with TNF blockers, including infliximab products. These cases have had a very aggressive disease course and have been fatal. Almost all patients had received treatment with the immunosuppressants azathioprine or 6-mercaptopurine concomitantly with a TNF blocker at or prior to diagnosis. The majority of reported cases have occurred in patients with Crohn's disease or ulcerative colitis and most were in adolescent and young adult males. It is uncertain whether the occurrence of HSTCL is related to TNF blockers or TNF blockers in combination with these other immunosuppressants. When treating patients, consideration of whether to use ZYMFENTRA alone or in combination with other immunosuppressants such as azathioprine or 6-mercaptopurine should take into account a possibility that there is a higher risk of HSTCL with combination therapy versus an observed increased risk of immunogenicity and hypersensitivity reactions with TNF blocker monotherapy from the clinical trial data [see Warnings and Precautions]

Skin Cancer

Melanoma and Merkel cell carcinoma have been reported in patients treated with TNF blocker therapy, including infliximab products. Periodic skin examination is recommended for all patients during treatment with ZYMFENTRA, particularly those with risk factors for skin cancer.

Cervical Cancer

Cases of invasive cervical cancer have been reported postmarketing in women who received infliximab products for other conditions. A causal relationship between infliximab products and cervical cancer cannot be excluded. Routine cervical cancer screening is recommended during treatment with ZYMFENTRA.

Other Malignancies

In the controlled portions of clinical trials of some TNF blockers, including infliximab products, more malignancies (excluding lymphoma and nonmelanoma skin cancer) have been observed in patients receiving those TNF blockers compared with control patients. The most common malignancies were breast, colorectal, and melanoma in these controlled trials of TNF blockers.

In controlled trials of TNF blockers in adult patients at higher risk for malignancies (i.e., patients with COPD with a significant smoking history and cyclophosphamide-treated patients with Wegener's granulomatosis), a greater proportion of malignancies occurred in the TNF blocker group compared to the control group. Patients had a history of heavy smoking. Avoid ZYMFENTRA in patients with moderate to severe COPD.

The potential role of TNF blockers in the development of malignancies is not known. Avoid ZYMFENTRA treatment in patients with a history of malignancy or in continuing treatment in patients who develop malignancy while receiving ZYMFENTRA.

Hepatitis B Virus Reactivation

Use of TNF blockers has been associated with reactivation of hepatitis B virus (HBV) in patients who are chronic carriers of this virus. In some instances, HBV reactivation occurring in conjunction with TNF blocker therapy has been fatal. The majority of these reports have occurred in patients concomitantly receiving other medications that suppress the immune system, which may also contribute to HBV reactivation.

Test patients for HBV infection before initiating TNF blocker therapy, including ZYMFENTRA. For patients who test positive for hepatitis B surface antigen, consultation with a physician with expertise in the treatment of hepatitis B is recommended. Adequate data are not available on the safety or efficacy of treating patients who are carriers of HBV with antiviral therapy in conjunction with TNF blocker therapy to prevent HBV reactivation. Patients who are carriers of HBV and require treatment with TNF blockers, including ZYMFENTRA, should be closely monitored for clinical and laboratory signs of active HBV infection throughout therapy and for several months following termination of therapy.

In patients who develop HBV reactivation, discontinue ZYMFENTRA and initiate antiviral therapy with appropriate supportive treatment. The safety of resuming TNF blocker therapy after HBV reactivation is controlled is not known. Therefore, prescribers should exercise caution when considering resumption of ZYMFENTRA in this situation and monitor patients closely.

Hepatotoxicity

Hepatobiliary disorders, including acute liver failure, jaundice abnormal hepatic function, hepatic steatosis, hepatitis, hepatotoxicity, hyperbilirubinemia and non-alcoholic fatty liver, have been reported in postmarketing data in patients receiving infliximab products. Autoimmune hepatitis has been diagnosed in some of these cases. Severe hepatic reactions occurred between two weeks to more than one year after initiation of infliximab products administered intravenously; elevations in hepatic aminotransferase levels were not noted prior to discovery of the liver injury in many of these cases. Some of these cases were fatal or necessitated liver transplantation.

In clinical trials, three subjects treated with ZYMFENTRA had drug induced liver injury based on hepatic transaminase elevations, including one subject with accompanying bilirubin elevation [see Adverse Reactions].

Monitor hepatic enzymes and liver function tests every 3 to 4 months during treatment with ZYMFENTRA. Prompt investigation of the cause of liver enzyme elevation should be undertaken to identify potential cases of drug-induced liver injury. Interrupt treatment if drug-induced liver injury is suspected, until this diagnosis is excluded. Instruct patients to seek immediate medical attention if they experience symptoms suggestive of hepatic dysfunction.

Congestive Heart Failure

Cases of worsening congestive heart failure (CHF) and new onset CHF, with and without identifiable precipitating factors (e.g., pre-existing cardiovascular disease), have been reported with TNF blockers, including infliximab products. Some of these patients have been under 50 years of age, and some cases had a fatal outcome. In several exploratory trials of other TNF blockers in the treatment of CHF, there were greater proportions of TNF-blocker-treated patients who had CHF exacerbations requiring hospitalization or increased mortality. ZYMFENTRA has not been studied in patients with a history of CHF. Avoid ZYMFENTRA in patients with CHF.

If a decision is made to administer ZYMFENTRA to patients with CHF, closely monitor patients during therapy for new or worsening symptoms of heart failure and discontinue ZYMFENTRA if symptoms appear.

Hematologic Reactions

Reports of pancytopenia including aplastic anemia have been reported with TNF blocking agents. Cases of leukopenia, neutropenia, thrombocytopenia, and pancytopenia, some with a fatal outcome, have been reported in patients receiving infliximab products. Clinically significant events of neutropenia were noted in the clinical trials of ZYMFENTRA. The causal relationship to infliximab product therapy remains unclear. Although no high-risk group(s) has been identified, avoid ZYMFENTRA in patients who have ongoing or a history of significant hematologic abnormalities. Advise all patients to seek immediate medical attention if they develop signs and symptoms suggestive of blood dyscrasias or infection (e.g., persistent fever) during treatment with ZYMFENTRA. Consider discontinuation of ZYMFENTRA therapy in patients who develop significant hematologic abnormalities.

Hypersensitivity and Other Administration Reactions

In clinical trials of ZYMFENTRA, symptoms compatible with hypersensitivity reactions have been reported including bronchospasm, dyspnea, rash, and edema. In post-marketing experience, serious systemic hypersensitivity reactions (including anaphylaxis, hypotension, and serum sickness) have been reported following administration of infliximab products. If an anaphylactic or other clinically significant hypersensitivity reaction occurs, institute appropriate therapy and discontinue ZYMFENTRA. There are no data on the risks of using ZYMFENTRA in patients who have experienced a severe hypersensitivity reaction towards another TNF blocker; in these patients, caution is needed.

Neurologic Reactions

Agents that inhibit TNF have been associated with central nervous system (CNS) manifestation of systemic vasculitis, seizure and new onset or exacerbation of clinical symptoms and/or radiographic evidence of CNS demyelinating disorders, including multiple sclerosis and optic neuritis, and peripheral demyelinating disorders, including Guillain-Barré syndrome. Avoid the use of ZYMFENTRA in patients with these neurologic disorders and consider discontinuation of ZYMFENTRA if these disorders develop.

Risk of Infection with Concurrent Administration of Other Biological Products

Serious infections and neutropenia have been reported with concurrent use of TNF-blockers and other immunosuppressive biological products (e.g., anakinra and abatacept). The concurrent use of ZYMFENTRA with other immunosuppressive biological products used to treat ulcerative colitis and Crohn's disease may increase the risk of infection and is not recommended [see Drug Interactions].

Risk of Additive Immunosuppressive Effects from Prior Biological Products

Consider the half-life and mode of action of prior biological products to avoid unintended additive immunosuppressive effects when initiating ZYMFENTRA [see Drug Interactions].

Autoimmunity

Treatment with TNF blockers, including ZYMFENTRA may result in the formation of autoantibodies and in the development of a lupus-like syndrome. If a patient develops symptoms suggestive of a lupus-like syndrome following treatment with ZYMFENTRA, discontinue treatment.

Vaccinations and Use of Live Vaccines/Therapeutic Infectious Agents

Vaccinations

Prior to initiating ZYMFENTRA in adult patients, update vaccinations in accordance with current vaccination guidelines.

Vacinas vivas e agentes infecciosos terapêuticos

Em pacientes que recebem bloqueadores , de TNFhá poucos dados disponiveis sobre a resposta à vacinação com vacinas vivas ou sobre a transmissão secundária da infecção por vacinas . vivasO uso de vacinas vivas pode resultar em infecções , clínicasincluindo infecções . disseminadasA administração concomitante de vacinas vivas com ZYMFENTRA não é recomendada.

Foi relatado um desfecho fatal devido à infecção disseminada por BCG em um bebê que recebeu uma vacina BCG após exposição in utero a produtos de infliximabe.

Sabe-se que o infliximabe atravessa a placenta e foi detectado no soro de bebês até 6 meses após o nascimento. Recomenda-se um período de espera de 6 meses após o nascimento antes da administração de qualquer vacina viva a bebês expostos in utero a produtos de infliximabe.

Outros usos de agentes infecciosos terapêuticos, como bactérias vivas atenuadas (por exemplo, instilação vesical de BCG para o tratamento de câncer), podem resultar em infecções clínicas, incluindo infecções disseminadas. Recomenda-se que agentes infecciosos terapêuticos não sejam administrados concomitantemente com ZYMFENTRA.

REAÇÕES ADVERSAS

- Infecções graves [consulte .Advertências e precauções]
- Malignidades [consulte .Advertências e Precauções]
- Reativação do vírus da hepatite B [consulte Advertências e precauções]
- Hepatotoxicidade [consulte .Advertências e precauções]
- Insuficiência cardíaca congestiva [consulte Advertências e precauções]
- Reações hematológicas [consulte .Advertências e precauções]
- Hipersensibilidade e outras reações de administração [consulte Advertências e .precauções]
- Reações neurológicas [consulte .Advertências e precauções]
- Autoimunidade [consulte .Advertências e Precauções]

Experiência em ensaios clínicos

Como os estudos clínicos são conduzidos em condições , muito variadasas taxas de reações observadas nos estudos clínicos de um medicamento não podem ser diretamente adversas comparadas com as taxas dos estudos clínicos de outro medicamento e podem não refletir a
taxas observadas na prática.

Os dados descritos abaixo refletem a exposição ao ZYMFENTRA em 518 indivíduos adultos em dois estudos de 54 semanas, randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo em indivíduos com colite ulcerativa (CU) ou doença de Crohn (DC) moderadamente a gravemente ativa (CU Estudo I e DC Estudo I). Indivíduos que obtiveram resposta clínica após três doses de indução de infliximabe-dyyb administradas como uma dose intravenosa de infliximabe-dyyb. infusão nas Semanas 0, 2 e 6 foram randomizados 2:1 para ZYMFENTRA 120 mg ou

placebo como uma injeção subcutânea a cada duas semanas na Semana 10

Colite ulcerativa

As reações adversas mais comuns relatadas ≥3% dos indivíduos e em uma taxa maior do que a do placebo no UC Trial I são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1: Reações adversas[a] na fase de manutenção de um estudo randomizado, duplo-cego, 54 semanas, em deindivíduos com UC (UC Trial I)

	ZYMFENTRA 120 mg Injeção subcutânea[b] N= 296 (%)	Placebo N= 140 (%)
COVID-19[c]	**10**	6
Anemia[d]	**5**	4
Artralgia	**4**	1
Reação no local da injeção[e]	**3**	2
Aumento da alanina aminotransferase	**3**	1
Dor abdominal[f]	**3**	1

[a]relatado em pelo menos 3% dos indivíduos tratados com ZYMFENTRA e em uma taxa mais alta do que com placebo

[b]ZYMFENTRA 120 mg como injeção subcutânea a cada duas semanas, começando na Semana 10, após 3 doses intravenosas de indução de infliximabe-dyb [c]Inclui: COVID-19 e COVID-19 pneumonia

[d]Inclui: anemia e anemia por deficiência de ferro

[e] Alguns indivíduos tiveram várias ocorrências de reações no local da injeção. Nesta tabela, as reações no local da injeção são contadas apenas uma vez por indivíduo. Os sintomas em indivíduos individuais incluíram um ou mais dos seguintes itens: hematoma , no local da injeçãoedema,
eritema, endurecimento, dor, prurido e inchaço.

[f]Inclui: dor , abdominaldor , no abdome superiordor no abdome inferior e desconforto abdominal

Doença de Crohn

As reações adversas mais comuns relatadas ≥3% dos indivíduos e em uma taxa maior que a do placebo no Estudo I de DC são mostradas na Tabela 2.

Tabela 2: Reações adversas[a] na fase de manutenção de um estudo randomizado, duplo-cego, de 54 semanas, em indivíduos com DC (DC Estudo de I)

	ZYMFENTRA Injeção subcutânea de 120 mg[b] N=222 (%)	Placebo N= 101 (%)
COVID-19	**10**	5
Dor de cabeça	**8**	4
Infecção do trato respiratório superior[c]	**7**	3
Reação no local da injeção[d]	**5**	1
Diarreia	**5**	1
Aumento da creatina fosfoquinase no sangue	**4**	2
Artralgia	**4**	3
Aumento da alanina aminotransferase	**4**	1
Hipertensão[e]	**3**	2
Infecção do trato urinário[f]	**3**	2
Neutropenia	**3**	0
Tontura	**3**	0
Leucopenia	**3**	0

[a]rrelatado em pelo menos 3% dos indivíduos tratados com ZYMFENTRA e em uma taxa mais alta do que com placebo

[b]ZYMFENTRA 120 mg administrado por via subcutânea a partir da Semana 10 e, posteriormente, a cada 2 semanas até a Semana 54.

[c]Inclui: infecção do trato respiratório superior, sinusite aguda, sinusite crônica, doença semelhante à gripe, nasofaringite, faringite, faringite estreptocócica, rinite, rinorreia, infecção por rinovirus, sinusite, amigdalite

[d]Alguns indivíduos tiveram várias ocorrências de reações no local da injeção. Nesta tabela, as reações no local da injeção são contadas apenas uma vez por indivíduo. Os sintomas em indivíduos individuais incluíram um ou mais dos seguintes itens: hematoma , no local da injeçãoedema, eritema, endurecimento, dor, prurido, erupção cutânea, inchaço, calor.

[e]Inclui: hipertensão e hipertensão essencial

[f]Inclui: infecção do trato urinário, pielonefrite Reações adversas

de interesse especial

Infecções

No UC Trial I, pelo menos uma infecção grave foi relatada em 3% dos com ZYMFENTRA indivíduostratadosem comparação com 1% no grupo . placeboAs infecções graves nos indivíduos tratados com ZYMFENTRA foram COVID-19, cistite, pneumonia, salpingite e infecção do trato urinário [ver Advertências e Precauções].

No Estudo de DCI , foram observadas infecções em 30% dos indivíduos tratados com ZYMFENTRA em comparação com 17% dos indivíduos . tratados com placeboPelo menos uma infecção grave foi

Infecções graves foram relatadas em 3% dos indivíduos tratados com ZYMFENTRA em comparação com 1% no grupo . As infecções graves nos indivíduos tratados com ZYMFENTRA foram abscesso, placeboapendicite, artrite bacteriana, bartolinite, bronquiolite e do trato urinário infecção [ver Advertências e precauções].

Malignidades

Em UC Trial I, malignidade (próstata câncer) foi relatado em a tratado com ZYMFENTRA) sujeito. Não foram relatadas malignidades entre os indivíduos tratados com placebo [ver Advertências e precauções].

Em outro estudo clínico em pacientes com DC, uma malignidade (células não pequenasfoi relatada câncer de pulmão de) em um indivíduo tratado com ZYMFENTRA [veja Advertências e Precauções].

Hepatotoxicidade

Foram observados três casos de lesão hepática induzida por medicamento em tratados com ZYMFENTRA indivíduos que levaram à descontinuação do medicamento em estudo [ver Advertências e precauções].

- Em dois indivíduos no UC Trial I, os níveis de ALT e AST começaram a subir 7 a 12 meses após o início do ZYMFENTRA, atingindo valores de pico de 4 a 11x ULN para ALT e 2 a 7x ULN para AST. Em ambos os indivíduos, os níveis de bilirrubina total permaneceram abaixo de 2x ULN.
- Em um indivíduo do CD Estudo I, a ALT e a AST começaram a aumentar em um mês após o início do ZYMFENTRA, atingindo valores de pico de 18x ULN para ALT e 14,9x ULN para AST. Em aproximadamente 5 meses, o nível de bilirrubina total também aumentou para um valor de pico de 2,5x ULN.

Experiência pós-comercialização

As seguintes reações adversas foram identificadas durante o uso pós-aprovação fora dos EUA com um produto infliximabe não nos EUA aprovado administrado por via subcutânea. Como essas reações são relatadas voluntariamente em uma população de tamanho , incertonem sempre é possível estimar com segurança sua frequência ou estabelecer uma relação causal com a exposição ao medicamento.

- Infecções e infestações: celulite, tuberculose disseminada, inferiorinfecção do trato respiratório , pneumonia, sepse
- Neoplasias benignas, malignas e não especificadas: câncer de mama, câncer gástrico, câncer de pulmão
- Distúrbios : do sistema nervosoesclerose múltipla
- Distúrbios gerais e condições : do local de administraçãofadiga, mal-estar

As seguintes reações adversas adicionais foram identificadas durante o uso pós-aprovação de produtos de infliximabe administrados por via intravenosa.

- Neutropenia, agranulocitose (incluindo bebês expostos no útero a produtos de infliximabe), púrpura trombocitopênica idiopática, trombóticapúrpura .trombocitopênica
- Doença pulmonar intersticial (incluindo fibrose intersticialpulmonar/pneumonite) do que e doença).rapidamente progressiva
- Derrame , pericárdicovasculite .sistêmica e cutânea
- Eritema multiforme, síndrome de, Stevens-Johnsonnecrólise ,epidérmica tóxica Resumo dos riscos dermatose bolhosa linear por IgA (LABD), exantemática generalizada aguda (AGEP), psoríase de início recente e piora (todos os subtipos, inclusive pustular, principalmente palmoplantar), reação liquenoide.
- Distúrbios desmielinizantes periféricos (como síndrome de Guillain-Barré, polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica e motora multifocalneuropatia), mielite transversa e neuropatias (neurológicas adicionaistambém foram observadas reações).
- Insuficiência , hepática agudaictericia, hepatite e colestase.
- Infecções graves e infecções secundárias à vacina, incluindo bovina tuberculose (infecção disseminada por BCG) após a vacinação em um bebê exposto in utero a produtos de infliximabe.
- Malignidades, incluindo leucemia, melanoma, carcinoma de células de Merkel e câncer .cervical
- Reações anafiláticas, incluindo choque anafilático, de laringe/faringe edema e broncoespasmo grave, e convulsão.
- Foi relatada perda visual transitória em associação com infliximabe em produtos com 65 anos ou mais (8 indivíduos com CU e 6 indivíduos com DC) para determinar se durante ou dentro de 2 horas após a infusão. acidentes cerebrovasculares, do miocárdio Também foram relatados início da infusão.isquemia/infarto (alguns fatais) e arritmia ocorrendo dentro de 24 horas do

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Outros produtos biológicos usados para tratar a CU e a DC

O uso concomitante de ZYMFENTRA com outros produtos biológicos imunossupressores usados no tratamento da CU e DC pode aumentar o risco de infecção e não é recomendado [veja Advertências e Precauções].

Considere a meia-vida e o modo de ação de produtos biológicos anteriores para evitar efeitos imunossupressores aditivos não intencionais ao iniciar ZYMFENTRA [ver Advertências e precauções].

Substratos do citocromo P450

A formação de enzimas CYP450 pode ser suprimida pelo aumento dos níveis de citocinas (por exemplo, TNFα, IL-1, IL-6, IL-10, IFN) durante a inflamação .crônica

Portanto, o ZYMFENTRA, um antagonista do TNFα, poderia normalizar a formação de enzimas CYP450, resultando potencialmente em uma diminuição na exposição de substratos .CYP450

Ao iniciar ou interromper o uso de bloqueadores de TNF, incluindo ZYMFENTRA, em pacientes em tratamento com substratos do CYP450 que requerem terapêutico de medicamentosmonitoramento , monitore os parâmetros terapêuticos (por exemplo, INR para varfarina) ou do medicamento as concentrações (por exemplo, ciclosporina ou teofilina). Pode ser ajustar a dosagem necessário para manter as concentrações ou os parâmetros do medicamento dentro da faixa . Consulte as informações de prescrição para medicamentos específicos.terapêutica

Vacinas terapêuticosvivas/agentes infecciosos

Recomenda-se que as vacinas vivas não sejam administradas concomitantemente com ZYMFENTRA. Recomenda-se também que as vacinas vivas não sejam administradas a bebês após exposição in utero a produtos de infliximabe por 6 meses após o nascimento [ver Advertências e precauções].

Recomenda-se que agentes infecciosos terapêuticos não sejam administrados concomitantemente com ZYMFENTRA [ver Advertências e precauções].

USO EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Gravidez

Resumo dos riscos

Os dados disponíveis de relatos de gravidez em estudos clínicos com ZYMFENTRA são insuficientes para identificar um risco associado ao medicamento de defeitos , congênitos gravesaborto espontâneo ou outros resultados . adversos maternos ou fetaisExistem riscos para para a mãe e o feto associados à doença inflamatória intestinal na gravidez (veja Considerações).Clínicas

Dados observacionais disponíveis em mulheres grávidas expostas a produtos com infliximabe administrada por via intravenosa não mostrou aumento no risco de malformações graves entre os nascidos vivos em comparação com os expostos a produtos não biológicos. A maioria dos bloqueadores de TNF, como os produtos de infliximabe, administrados por via intravenosa, são transferido através da placenta durante o terceiro trimestre da gravidez e pode afetar a resposta imunológica do bebê . exposto in uteroOs bebês expostos in utero não devem receber vacinas vivas por pelo menos 6 meses após o nascimento (consulte Considerações). ClínicasComo os produtos de infliximabe não apresentam reação cruzada com TNFα em espécies que não sejam humanos e chimpanzés, não foram conduzidos estudos com ZYMFENTRA.de reprodução animal

O risco de fundo de defeitos congênitos graves e aborto espontâneo para as indicadas populações é desconhecido. Todas as gestações têm um risco de fundo de defeito , congênitoperda ou outros resultados . adversosNa população , geral dos EUAo risco estimado de defeitos congênitos graves e aborto espontâneo em gestações é de 2 a 4% e de 15 a 20%, respectivamente.clinicamente reconhecidas

Considerações clínicas

Risco materno e/ou embrionário/fetal associado à doença

Os dados publicados sugerem que há um risco maior de efeitos adversos na gravidez resultados em mulheres com doença inflamatória intestinal associada a aumento da atividade da doença. Os resultados adversos da gravidez incluem prematuro parto (antes de 37 semanas de gestação), baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg) e pequeno para a idade gestacional no nascimento.

Reações adversas fetais/neonatais

O risco de reações adversas fetais/neonatais com exposição in utero ao infliximabe-dyyb administrado por via subcutânea é desconhecido. Entretanto, a maioria dos bloqueadores de TNF, como os produtos de infliximabe, atravessa a placenta e foi detectada no soro de bebês até 6 meses após o nascimento. Consequentemente, os bebês expostos aos produtos de infliximabe podem ter um risco maior de infecção, incluindo infecção disseminada, que pode ser fatal. Recomenda-se período de espera de após o nascimento antes da administraçãoum pelo menos seis meses
de vacinas vivas (por exemplo, a vacina BCG ou outras vacinas , vivascomo a vacina) em bebês expostos ao infliximabe intravenoso no útero [veja Advertências contra rotavíruse Precauções].

Também foram relatados . casos de agranulocitose em bebês expostos a infliximabe intravenoso no úteroPortanto, ZYMFENTRA, administrado durante
a gravidez pode afetar as respostas imunológicas do recém-nascido e do bebê [consulte Reações adversas].expostos ao útero

Dados

Dados sobre animais

Como os produtos de infliximabe não apresentam reação cruzada com o TNFα em outras espécies em humanos e chimpanzés, não foram realizados estudos de reprodução animal.

conduzido com ZYMFENTRA.

Lactação

Não há dados sobre a presença de infliximabe-dyyb seus metabólitos no ouleite , humano ou animalos efeitos sobre o bebê amamentado ou os efeitos sobre a produção de leite após a administração subcutânea. A literatura publicada mostra que o infliximabe está presente em níveis baixos no leite humano após a intravenosaadministração . Espera-se que a exposição sistêmica em um bebê amamentado seja baixa porque os produtos de infliximabe são amplamente degradados no trato . gastrointestinalOs benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento e a saúde devem ser considerados juntamente com a necessidade clínica da mãe em relação ao ZYMFENTRA e qualquer potencial efeito adverso.
efeitos do ZYMFENTRA ou da condição .materna subjacente sobre a criança amamentada

Usopediátrico

A segurança e a eficácia em pacientes pediátricos não foram estabelecidas.

Usogeriátrico

Os estudos clínicos do ZYMFENTRA não incluíram um número suficiente de indivíduos comidade eles respondem de forma diferente dos indivíduos .adultos mais jovens

CELLTRION USA

CELLTRION

ZYMFENTRA® é uma marca registrada da Celltrion, Inc. e é usada sob licença.

© Celltrion USA, Inc., 2025 US-ZYM-25-0001301/25





Tecnologia em UCAs O que vem por aí?

POR SARAH CEASER

Mergulhe fundo nas mais recentes inovações tecnológicas que estão sendo adotadas nos UCAs, desde sistemas de cirurgia robótica até diagnósticos orientados por IA, e como esses avanços estão melhorando os resultados dos pacientes e o fluxo de trabalho operacional.

Os Centros de Cirurgia Ambulatorial (UCAs) oferecem atendimento de alta qualidade e econômico fora dos ambientes hospitalares tradicionais e devem ter um significativo crescimento nos próximos anos. À medida que o mercado de UCAs continua a crescer, as projeções em um CAGR de 7,6%, a tecnologia está desempenhando um papel crucial na formação de seu futuro. Tecnologias avançadas, como sistemas de , baseados em IA cirurgia robóticadiagnósticos e plataformas sofisticadas de gerenciamento de dados, estão sendo integradas aos UCAs, revolucionando pacienteo atendimento ao , aumentando a eficiência operacional e gerando economias de custo significativas.



CIRURGIA : ROBÓTICAA ASCENSÃO DA PRECISÃO E PROCEDIMENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS

A cirurgia robótica em UCAs oferece maior precisão, incisões menores e tempos de recuperação mais rápidos. Plataformas como a da Vinci, da Intuitive Surgical, e a , da Johnson, Verb SurgicalJohnson & estão transformando o atendimento ambulatorial. O sistema da Vinci, com mais de 6.000 unidades em todo o mundo e 7 milhões de procedimentos anuais, custa entre e US$ 1,5 milhão US$ 2,5 milhões. Ele apresenta visualização , em 3Dprecisão e robótica redução da fadiga , do cirurgiãocom custos anuais de manutenção de US$ 100.000 a US$ 200.000. Apesar dessas despesas, a cirurgia robótica leva a estadias hospitalares mais curtas, menos complicações e uma rotatividade mais rápida de pacientes, com taxas de complicações reduzidas em 40 a 60%. Uma opção mais recente, o Verb Surgical da Johnson & Johnson, combina robótica, IA e conectividade em nuvem para suporte a decisões em tempo real. Com preço semelhante ao da Vinci, o sistema Verb acrescenta insights orientados por IA e permite que os UCAs
para realizar procedimentos de maior complexidade, ampliando o potencial de receita e possibilitando serviços antes limitados aos hospitais.

DIAGNÓSTICOS ORIENTADOS POR IA APRIMORAMENTO DA TOMADA DE DECISÕES E PRECOCE

A inteligência artificial (IA) tem proporcionado benefícios significativos aos UCAs, ajudando os médicos a detectar doenças mais cedo e com mais precisão, ao mesmo tempo em que reduz os custos. O Zebra Medical Vision, uma plataforma com IA que custa aos UCAs entre US$ 100.000 e US$ 300.000 por ano, ajuda a identificar uma ampla gama de doenças. O sistema analisa tomografias computadorizadas, raios X e ressonâncias magnéticas, detectando anomalias que podem passar despercebidas pelo olho humano. O Aidoc, outro sistema tecnológico que fornece notificações em tempo real aos radiologistas, custa cerca de US$ 20.000 a US$ 50.000 por ano. Ele fornece uma solução de aprendizagem profunda que desempenha um papel crucial na entrega de diagnósticos críticos em tempo hábil, melhorando consideravelmente dos pacientesos resultados .

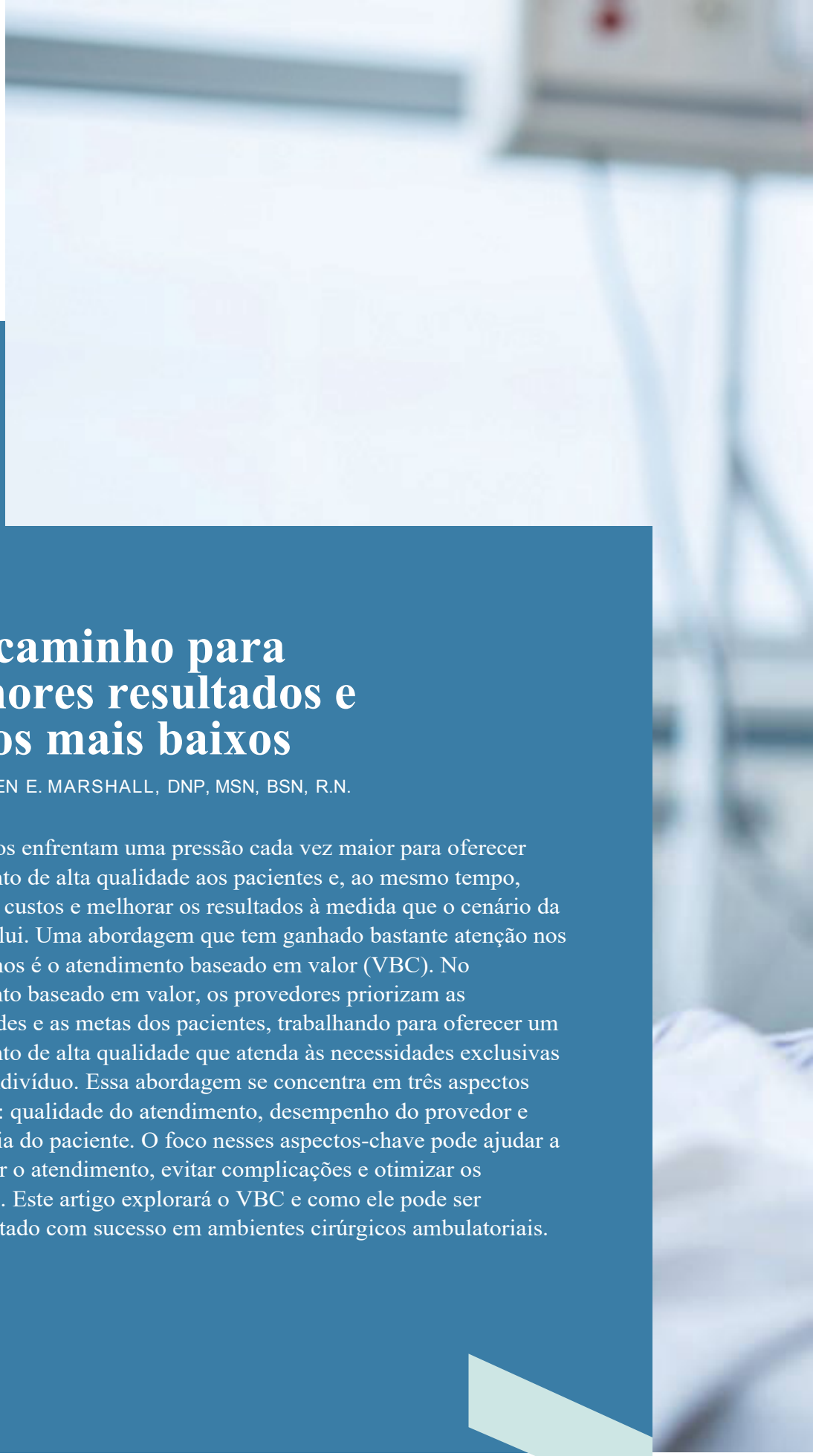
REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE (EHR) E SISTEMAS :DE GERENCIAMENTO DE DADOS SIMPLIFICAÇÃO DO FLUXO DE TRABALHO E

Os sistemas de gerenciamento de dados, como o Epic e o Cerner, estão se tornando cruciais para simplificar o fluxo de trabalho, garantir a conformidade com as normas e melhorar o atendimento ao paciente. O sistema EHR da Epic é uma das plataformas mais amplamente adotadas no setor de saúde, com custos que normalmente variam de US$ 500.000 a US$ 2 milhões para um UCA. Ele oferece uma solução abrangente para o gerenciamento de agendamento, faturamento,
e documentação clínica, reduzindo significativamente a carga administrativa da equipe do UCA e fornecendo aos médicos uma visão holística e em tempo real dos registros de saúde dos pacientes. A Cerner é outra opção popular para UCAs, que oferece recursos abrangentes de gerenciamento de saúde com uma faixa de preço de US$ 300.000 a US$ 1,5 milhão, dependendo do tamanho do UCA. Foi demonstrado que a plataforma reduz os custos operacionais em 20 a 30%, além de aumentar a satisfação do paciente.

TELEMEDICINA E MONITORAMENTO REMOTO EXPANSÃO DO ACESSO E MELHORIA DOS

A telemedicina e as ferramentas , de monitoramento remotocomo a Teladoc Health, estão ganhando força rapidamente nos UCAs. A Teladoc Health permite que os UCAs ofereçam consultas virtuais, acompanhamento pós-operatório e gerenciamento remoto de condições crônicas. Com um custo anual varia de US$ 10.000 a US$ 50.000, quefoi demonstrado que ele reduz as taxas de não comparecimento em 30 a 50%.

À medida que os UCAs se tornam um componente cada vez mais vital do sistema de saúde, a tecnologia está desempenhando um papel fundamental no na aumento da eficiência e melhoria dos resultados . para os pacientesDesde sistemas de que cirurgia robótica melhoram a precisão até diagnósticos orientados por IA que aprimoram a detecção precoce e a precisão, essas inovações estão transformando a prestação de cuidados e simplificando os fluxos de trabalho. Embora os custos iniciais possam ser significativos, os benefícios incluem de longo prazo economia e de custos maior satisfação ,do paciente
e melhor desempenho - fazem com que operacional o investimento valha a pena. Para os líderes e as partes interessadas , adotar essas tecnologias é essencial, não apenas para melhorar o atendimento ao paciente, mas também dos ASCspara garantir o sucesso a longo prazo em um ambiente de saúde cada vez mais competitivo▪



Um caminho para melhores resultados e custos mais baixos

POR STEVEN E. MARSHALL, DNP, MSN, BSN, R.N.

Os médicos enfrentam uma pressão cada vez maior para oferecer atendimento de alta qualidade aos pacientes e, ao mesmo tempo, reduzir os custos e melhorar os resultados à medida que o cenário da saúde evolui. Uma abordagem que tem ganhado bastante atenção nos últimos anos é o atendimento baseado em valor (VBC). No atendimento baseado em valor, os provedores priorizam as necessidades e as metas dos pacientes, trabalhando para oferecer um atendimento de alta qualidade que atenda às necessidades exclusivas de cada indivíduo. Essa abordagem se concentra em três aspectos principais: qualidade do atendimento, desempenho do provedor e experiência do paciente. O foco nesses aspectos-chave pode ajudar a simplificar o atendimento, evitar complicações e otimizar os resultados. Este artigo explorará o VBC e como ele pode ser implementado com sucesso em ambientes cirúrgicos ambulatoriais.



Tradicionalmente, os prestadores de serviços de saúde têm sido pagos com base em uma taxa por serviço, em que o reembolso está vinculado ao volume de serviços prestados. No entanto, esse modelo tem sido criticado por incentivar procedimentos desnecessários, utilização excessiva de recursos e resultados . ruins para os pacientesEm contrapartida, o VBC se concentra em oferecer atendimento de alta qualidade e, ao mesmo tempo, reduzir os custos por meio da alocação eficiente de recursos. Essa abordagem é frequentemente chamada de modelo .de "pagamento por desempenho"

Conceitos-chave do atendimento baseado em valor

- **Relações de cuidado responsável:** Os médicos e as equipes multidisciplinares trabalham com os pacientes em um ambiente de saúde colaborativo para elaborar planos de tratamento personalizados que refletem suas necessidades, metas e valores exclusivos. Essa abordagem promove melhores resultados para os pacientes em várias áreas importantes.
- **Redução de intervenções desnecessárias:** Os pacientes podem evitar procedimentos caros e potencialmente invasivos ao simplificar o atendimento e minimizar os testes redundantes.
- **Planejamento de saúde abrangente:** Os profissionais de saúde consideram todo o histórico médico do paciente ao desenvolver planos , de tratamentogarantindo que todos os aspectos de sua saúde sejam tratados de forma coordenada.
- **Colaboração : interdisciplinar** A comunicação e regulares a cooperação entre os profissionais de saúde ajudam a prevenir complicações, identificar riscos potenciais e garantir transições perfeitas entre os ambientes de atendimento. Ao priorizar os relacionamentos colaborativos e o atendimento centrado no paciente, os indivíduos podem receber um tratamento mais eficaz, eficiente e compassivo que atenda às suas necessidades e promova resultados .ideais para a saúde
- **Ajuste de risco:** O ajuste de risco leva em conta os diferentes níveis dos pacientes de complexidade e necessidades para garantir que os profissionais de saúde sejam tratados de forma justa.

compensados por seu trabalho. Essa abordagem ajuda a nivelar o campo de atuação de várias maneiras.

- **Refletindo sobre as necessidades individuais de saúde:** O ajuste de risco leva em consideração os exclusivos de um pacienterequisitos e desafios .médicos
- **Promoção do pagamento equitativo:** Os prestadores de serviços recebem uma justa compensação pelos cuidados que prestam, em vez de sendo incentivados a priorizar pacientes e com menos necessidades.mais saudáveis
- **Incentivo ao atendimento : inclusivo**ao reconhecer que cada paciente tem necessidades de saúde distintas, os prestadores de serviços são capacitados a tratar indivíduos com diversasnecessidades , em vez de se concentrarem naqueles que precisam de menos abrangentesapenas serviços .
- **Métricas de qualidade e iniciativas de melhoria de desempenho:** O acompanhamento e a análise das de qualidade regulares métricas ajudam a identificar áreas de melhoria, permitindo que os provedores implementem intervenções direcionadas e otimizem dos pacientesos resultados .
- **Estratégias de contenção de custos:** O atendimento baseado em valor incentiva o uso de evidências práticas baseadas em para minimizar a utilização de recursos e otimizar desnecessária as operações.

Cuidado baseado em valor em centros cirúrgicos ambulatoriais

Os centros cirúrgicos ambulatoriais (UCAs) são candidatos ideais para o atendimento baseado em valor devido ao seu impacto no sistema de saúde. Os UCAs normalmente têm um tempo de permanência mais curto, reduzindo o risco de complicações e readmissões. Os UCAs geralmente têm custos indiretos mais baixos em comparação com as instalações de internação. Os UCAs operam de forma eficiente ao simplificar os fluxos de trabalho, melhorando o fluxo de pacientes e reduzindo os tempos de espera.

Devido ao seu foco em procedimentos ambulatoriais, os UCAs estão em uma posição única para se beneficiar do atendimento baseado em valor. Por

Ao participar de programas baseados em valor, os UCAs podem otimizar a alocação de recursos, aprimorar a qualidade do atendimento e melhorar os resultados . Modelos de pagamento agrupados e programas de economia compartilhada estão disponíveis para ajudar os UCAs a atingir suas metas.dos pacientes

- **Pagamentos agrupados:** Nos agrupadomodelos de pagamento um único pagamento é feito para todos os serviços relacionados a um procedimento específico. Essa abordagem incentiva os provedores a otimizar o atendimento e reduzir a utilização desnecessária. Por exemplo, um cirurgião e UCA colaboram para oferecer articulaçõescirurgia de substituição de , incluindo pré cuidados .e pós-operatórios
- **Programas de 3economias compartilhadas:** Os provedores são incentivados a reduzir os custos por meio de acordos de economia compartilhada e, ao mesmo tempo, manter resultados de alta qualidade. Alguns desses programas premiam a redução de readmissões e complicações.

Implementação do atendimento baseado em valor em ambientes ambulatoriais

Os médicos podem desempenhar um papel vital na implementação do atendimento várias áreas importantes.baseado em em valor

- **Colaboração com a liderança da UCA** Envolva-se no planejamento estratégico para otimizar os fluxos de trabalho, reduzir custos e melhorar a qualidade.
- **Envolvimento do paciente:** Educar os pacientes sobre medidas preventivas, estratégias de gerenciamento de doenças e práticas de autocuidado no pós-operatório.
- **Iniciativas : de melhoria da qualidade:** Participar de esforços orientados
  por dados para otimizar infecções do sítio cirúrgico, taxas de readmissão e do pacientesatisfação .
- Os médicos também podem contribuir para o desenvolvimento de métricas e referências de cuidados baseados em valor. Ao fazer isso, eles podem garantir que as medições de desempenho com precisão reflitam as metas . do ASCAs métricas geralmente se concentram em três áreas principais.de UCA
- **Infecções do sítio cirúrgico (SSIs):** O risco de desenvolver SSIs pode ser reduzido por meio de práticas .aprimoradas de controle de infecção
- **Taxas de readmissão:** Os UCAs estão diminuindo o número de pacientes que necessitam de readmissões em um período de tempo .específico
- **Satisfação do paciente:** Concentre-se em melhorar a experiência do paciente por meio de comunicação oportuna, claras instruções e controle adequado da dor.

Desafios e considerações

A implementação do VBC pode ser um desafio para os UCAs, apesar de seus benefícios, devido a vários fatores.

- **Infraestrutura de dados:** Os provedores devem ter adequados de análise de dados recursos para rastrear métricas de qualidade e medir a melhoria do desempenho. Os UCAs podem exigir investimentos em de coleta e de dadosrecursos . análise Além disso, é importante identificar oportunidades
  utilizar os conjuntos de dados existentes para iniciativas .de melhoria da qualidade
- **Necessidades: de pessoal e treinamento** Os médicos e a equipe devem receber treinamento sobre novos fluxos de trabalho, iniciativas de melhoria da qualidade e estratégias de envolvimento do paciente. A educação da equipe deve ser uma das principais prioridades dos UCAs para garantir que todos os da equipe membros compreendam as metas e os objetivos do atendimento baseado em valor.
- **Conformidade regulatória:** Os provedores devem garantir a adesão aos regulamentos enquanto navegam pelos novos modelos de reembolso. Obter e manter o credenciamento de atendimento ambulatorial de saúde da Joint Commission é benéfico para ajudar a garantir regulatória contínua dos ASCsa conformidade .
- **Preocupações com responsabilidade:** Novos modelos de pagamento podem gerar preocupações com relação à possível responsabilidade por complicações ou resultados adversos. Manter-se atualizado com os modelos de pagamento e suas regulamentações ajudará a evitar a perda de receita devido à não conformidade■

O atendimento oferece uma atendimentobase ado em valor solução para os atraente UCAs .que buscam melhorar a qualidade e a qualidade do reduzir custos. Ao compreender os principais componentes de VBC e adaptando-os às suas necessidades específicas, os UCAs podem se posicionar como líderes em modelos . À medida que nosso setor evolui, devemos priorizar inovadores serviços de saúdede prestação de as evidências e pacienteabordage ns centradas no .

LANÇAMENTO DE UMA PLATAFORMA ROBÓTICA DE SUBSTITUIÇÃO DE ARTICULAÇÕES EM UMA UCA

POR PAUL N. MORTON, M.D.

A adoção de plataformas robóticas para substituição de articulações em Centros de Cirurgia Ambulatorial (UCAs) ganhou impulso, impulsionada pelos avanços tecnológicos, pela preferência dos pacientes por procedimentos ambulatoriais e pelo potencial de melhores resultados clínicos. O lançamento de uma plataforma desse tipo envolve um planejamento multifacetado, que abrange a eficácia clínica, as negociações de contratos e as estratégias de sustentabilidade econômica.

Eficácia clínica: Uma base para o sucesso

Os sistemas robóticos, como MAKO, CORI, ROSA, VELYS e THINK Surgical, transformaram a artroplastia articular ao aumentar a precisão cirúrgica e o alinhamento dos componentes. Vários estudos indicam que os procedimentos assistidos por robôs levam a resultados superiores, incluindo taxas reduzidas de readmissão e melhor precisão do alinhamento do implante.

- **Precisão do alinhamento:** Os sistemas robóticos melhoram a precisão do posicionamento e do alinhamento dos componentes. Estudos têm demonstrado consistentemente que os procedimentos assistidos por robôs produzem um posicionamento mais preciso dos implantes do que as técnicas convencionais.
- **Recuperação funcional:** O alinhamento personalizado está associado a melhorias na função em curto prazo ao usar sistemas robóticos. Entretanto, o impacto de longo prazo sobre os resultados funcionais ainda não foi totalmente estabelecido.
- **Taxas de readmissão:** Em comparação com a artroplastia total de joelho manual, a ATJ assistida por robô reduz as readmissões por complicações como rigidez articular e hematomas, resultando em menor utilização do sistema de saúde.
- **Tempos de operação:** Tradicionalmente, os procedimentos assistidos por robô costumam ter tempos cirúrgicos mais longos em comparação com os métodos convencionais. No entanto, estudos mais recentes relatam melhorias significativas na eficiência da sala de cirurgia ao longo do tempo, e alguns cirurgiões podem obter tempos operatórios comparáveis às técnicas tradicionais após 15 a 20 casos.
- **Benefícios a longo prazo:** Os benefícios em longo prazo incluem maior satisfação do paciente e taxas de revisão potencialmente menores. Entretanto, as evidências sobre a sobrevivência em longo prazo e a necessidade de cirurgias de revisão permanecem inconclusivas.

Os sistemas robóticos são particularmente valiosos para melhorar a consistência e a precisão , permitindo que os cirurgiões otimizem o posicionamento do implante e reduzam dos resultadosintraoperatóriasa variabilidade . Essa melhoria pode levar a benefícios , significativos em longo prazoincluindo maior satisfação do paciente e menor necessidade de cirurgias de revisão.



Negociações :de contratos

Principais considerações econômicas

A viabilidade financeira da adoção de uma plataforma robótica em um UCA depende de uma negociação cuidadosa do contrato, incluindo estratégias de compartilhamento de custos, acordos de serviço e geração de volume de pacientes.

- **Custos iniciais:** Os sistemas robóticos exigem um investimento de capital significativo, geralmente entre US$ 0,5 e 2 milhões. Os UCAs podem escolher entre contratos de compra e aluguel, cada um com vantagens distintas:
- **Compra:** Oferece propriedade de longo prazo, mas requer um capital inicial substancial.
- **Arrendamento:** Reduz os custos iniciais e inclui opções de atualização, mas as despesas gerais podem aumentar com o tempo.
- **Contratos por volume:** Os fornecedores podem compensar o custo de capital dos sistemas robóticos vinculando-os a compromissos de volume de implantes. Os contratos por volume incentivam a utilização eficiente do sistema robótico, garantindo que o UCA e o fornecedor obtenham o valor máximo da parceria. Ao atingir os limites de volume - normalmente de 80 a 150 procedimentos por ano - os UCAs podem reduzir seu investimento inicial e negociar contratos de serviço mais favoráveis.
- **Acordos de co-marketing:** Os acordos de co-marketing, como um modelo de compartilhamento de custos 50/50 entre os UCAs e os fornecedores de sistemas robóticos, podem ajudar a aumentar o volume de pacientes. Essas colaborações podem financiar campanhas publicitárias conjuntas, seminários educacionais ou programas de alcance comunitário que aumentem a conscientização sobre os benefícios da cirurgia assistida por robótica. Os orçamentos dos contratos para esses acordos podem variar muito, indo de US $ 50.000 a US$ 150.000 em gastos totais. Além disso, os acordos de co-marketing normalmente exigem marketing tanto para a empresa de implantes quanto para o UCA, garantindo que ambas as partes se beneficiem de uma maior visibilidade. Ao aumentar a visibilidade do UCA, os esforços de co-marketing atraem pacientes que buscam opções cirúrgicas avançadas, aumentando o volume de casos e a receita.
- **Manutenção e atualizações de software:** Os contratos anuais de manutenção normalmente custam de US$ 100.000 a US$ 150.000, incluindo serviços e suporte técnico. As atualizações de software, especialmente quando se adotam novas plataformas, como próteses parciais de joelho ou sistemas de revisão, podem acarretar custos adicionais, geralmente de dezenas a centenas de milhares de dólares.
- **Descartáveis:** O custo dos materiais de consumo e dos instrumentos robóticos é significativamente mais alto para os procedimentos robóticos do que para as técnicas manuais. Instrumentos de uso único e materiais de consumo específicos para robótica, como pinos, podem aumentar os custos intraoperatórios. No entanto, a economia em outras áreas pode compensar esses custos, como a redução das taxas de reprocessamento de panelas de instrumentos. Os instrumentos de uso único embalados de forma estéril também demonstraram otimizar a logística da sala de cirurgia e reduzir os requisitos de esterilização.
- **Cláusulas de saída:** As cláusulas de saída protegem tanto o CSA quanto o fornecedor nos contratos de sistemas robóticos. Os contratos devem incluir cláusulas para rescisão antecipada com taxas claramente definidas ou penalidades mínimas, garantindo flexibilidade financeira em casos de dificuldades financeiras, alterações de reembolso ou desempenho insatisfatório do sistema.
- **Ofertas de produtos ampliadas:** O escopo dos sistemas robóticos pode variar significativamente, com algumas plataformas suportando vários procedimentos, inclusive substituições totais de joelho, substituições parciais de joelho, cirurgias de revisão de joelho e substituições totais de quadril. As negociações de contrato devem levar em conta a variedade de procedimentos suportados pelo sistema robótico, pois ofertas mais amplas podem aumentar a utilidade da plataforma e justificar custos iniciais ou de manutenção mais altos. (Consulte a Tabela 1)



TABELA 1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTRATO

PARÂMETRO	DESCRIÇÃO	CUSTO MÉDIO
Investimento inicial	Custo de capital para sistemas robóticos	US$ 0,5 a 2 milhões
Opções de leasing	Pagamentos recorrentes de arrendamento	Variável (dependendo dos termos)
Contratos de manutenção	Contratos anuais de serviços	$100,000-150,000
Atualizações de software	Novas plataformas (por exemplo, joelhos) parciais	$10,000-100,000+
Custos descartáveis	Por procedimento	$1,000-2,000
Contratos por volume	Redução de custos com base no volume de implantes	Pode compensar a compra e os custos anuais de serviçode capital
Esforços de marketing conjunto	Campanhas compartilhadas para atrair pacientes	Despesas totais de US$ 50.000 a US$ 150.000
Cláusulas de saída	Mitigação de riscos e flexibilidade financeira	Variável, dependendo do motivo da rescisão

Considerações sobre o fornecedor

Quando 3selecionar uma plataforma robótica

Os procedimentos de substituição de articulações assistidos por robô podem ser amplamente divididos em sistemas sem imagem e sistemas , baseados em TCcada um com implicações distintas para o custo e o fluxo de trabalho:

- **Os sistemas sem imagens** para procedimentos de substituição de articulações assistidos por robôs dependem de intraoperatórios pontos de referência anatômicos e não exigem imagens . pré-operatóriasEssa abordagem simplifica o planejamento pré-operatório e reduz os custos associados à aquisição de imagens. Estudos demonstraram que os sistemas sem imagem são geralmente mais econômicos e podem alcançar uma precisão comparável à dos sistemas baseados em TC em relação ao posicionamento e do implantealinhamento .
- **Os sistemas baseados em TC** exigem tomografias pré-operatórias para desenvolver um modelo 3D para o cirúrgicoplanejamento . Isso fornece informações , anatômicas altamente detalhadasaumentando a precisão e, possivelmente, melhorando os resultados clínicos. No entanto, os custos adicionais cirúrgica das imagens de , que TCvariam de US$ 250 a US$ 500 por exame, e a exposição do paciente à radiação associada são considerações . importantesApesar dos custos , iniciais mais altosa ATJ assistida por robô com base em TC está associada a um menor número de episódios em 90 dias.
  custos de atendimento em comparação com a ATJ manual, sugerindo possíveis econômicos em longo prazobenefícios .

3urgeon Buy-In

A disposição e a capacidade dos cirurgiões de adotar novas tecnologias são fundamentais para a implementação bem-sucedida de sistemas robóticos em UCAs. As considerações principais incluem:

- **Programas de treinamento**: A maioria das plataformas robóticas exige que os cirurgiões obtenham certificações específicas do fornecedor. Para garantir a proficiência com o sistema, os fornecedores geralmente exigem a participação em programas de treinamento estruturados, incluindo cursos de treinamento em cadáveres.
- **Períodos de teste**: Embora a maioria dos fornecedores não ofereça testes formais, práticos em cadáveres os cursos de treinamento permitem que os cirurgiões avaliem a do sistemausabilidade e os benefícios .clínicos
- **Ciclo de feedback**: O envolvimento dos cirurgiões na tomada de decisões promove a propriedade e o comprometimento, garantindo uma integração mais suave do sistema à prática de rotina.
- **Escolha do fornecedor:** a seleção do fornecedor certo envolve mais do que apenas a avaliação da tecnologia. As considerações incluem:
- **Reputação e histórico**: Avalie os fornecedores com base em seu histórico de suporte, confiabilidade e inovação de produtos.
- **3Suporte 3Serviços**: Certifique-se de que o fornecedor ofereça suporte abrangente, incluindo treinamento, manutenção e upgrades.
- **Flexibilidade**: Os fornecedores que oferecem contratos personalizáveis e caminhos de atualização podem proporcionar valor . a longo prazoAs parcerias com fornecedores também devem enfatizar o planejamento colaborativo para otimizar a utilização do sistema e alinhar-se às metas . estratégicas do CSAA comunicação contínua entre o UCA e o fornecedor é essencial para se adaptar às necessidades em evolução e garantir o sucesso .do sistema

ECONÔMICA SUSTENTABILIDADE

Benefícios de reembolso para UCAs que usam sistemas robóticos para procedimentos de substituição de articulações

A sustentabilidade econômica e os benefícios de reembolso para UCAs que usam sistemas robóticos para procedimentos de substituição de articulações são influenciados por vários fatores, incluindo códigos CPT, eficiência de custos, centrados no paciente resultados e alinhamento com os princípios de atendimento baseado em valor.

CODIFICAÇÃO E REEMBOLSO DE CPT:

- **CPT 20985**: Esse código abrange a navegação cirúrgica assistida por computador. Ele é frequentemente reembolsável e se alinha com as funcionalidades robóticas. Embora as taxas de reembolso possam variar, o Medicare tem reconhecido historicamente seu valor.
- **CPT 32900**: Esse código, específico para sistemas , normalmente cirúrgicos robóticosnão é reembolsado pela maioria dos pagadores. Embora seja preciso para casos robóticos, sua falta de reembolso o torna menos financeiramente viável para os UCAs.

EFICIÊNCIA DE CUSTOS E RESULTADOS CENTRADOS NO PACIENTE

Os UCAs obtêm economias de custo significativas em comparação com os de hospitais departamentos ambulatoriais (HOPDs). Um estudo de 2024 mostrou que os UCAs tinham um custo médio por artroplastia total de joelho (ATJ) de US$ 35.634, em comparação com US$ 38.096 nos HOPDs, com menos internações e visitas ao departamento de emergência.

- **Alinhamento com os princípios de atendimento baseado em valor:** Os UCAs que adotam sistemas robóticos podem se alinhar melhor com os princípios de atendimento baseado em valor, oferecendo atendimento de alta qualidade, econômico e centrado no paciente. Esse alinhamento facilita a participação em Modelos de Pagamento Alternativo, como pagamentos agrupados e Organizações de Cuidados Responsáveis, que incentivam a coordenação e a eficiência do atendimento aprimorado.
- **Viabilidade financeira em comparação com os HOPs:** Custos gerais mais baixos e maior eficiência aumentam a viabilidade financeira dos procedimentos assistidos por robótica em UCAs. Os UCAs demonstraram até 45% uma economia de custos de em comparação com os HOPDs ao realizar a artroplastia do joelho (ATJ). total ▪

O lançamento de uma plataforma de substituição robótica de articulações em um UCA é um investimento estratégico que exige um planejamento meticuloso. Ao enfatizar a eficácia clínica do fornecedor escolhido, negociar cuidadosamente os contratos e aproveitar os acordos de comarketing, os UCAs podem maximizar os resultados clínicos e a sustentabilidade financeira. Compreender as nuances do reembolso, avaliar os contratos baseados em volume e alinhar-se aos princípios de atendimento baseado em valor para melhorar a receita do UCA com os pagadores aumenta ainda mais a proposta de valor. Com um roteiro claro, os UCAs podem navegar com sucesso pelas complexidades da adoção da plataforma robótica e, por fim, oferecer atendimento avançado.



———

Dr. Paul N. Morton, um cirurgião ortopédico treinado pela irmandade em Oahu, é especializada em articulaçõespreservação de , minimamente substituições de quadril e joelho,invasivas cirurgia assistida por robótica e lesões . esportivasEle leciona ativamente na Universidade do Havaí.

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM UCAs INVESTINDO NO FUTURO DE CIRURGIA AMBULATORIAL

POR ASHLEY CANTU-WEINSTEIN, M.D.

Os avanços da tecnologia médica permitem que os Centros de Cirurgia Ambulatorial (UCAs) reduzam os custos, aumentem a eficiência e melhorem os resultados , além de aumentar a lucratividade. para os pacientesPara os líderes dos UCAs, a adoção de tecnologia de ponta oferece uma vantagem competitiva e um retorno financeiro substancial.

REDUÇÃO DE CUSTOS COM ROBÓTICA, IA E TELESSAÚDE

A cirurgia robótica aprimora a precisão cirúrgica, reduz o tempo de recuperação e aumenta a receita . do ASCUm estudo de 2023 destaca a robótica como uma fronteira em intervenções cirúrgicas acessíveis e eficientes. Por , a robótica melhoram a navegação e o controle durante as cirurgias de substituição de articulações, minimizando os danos aos tecidos moles e permitindo procedimentos ambulatoriais seguros. a economia do Medicare com substituições totais de joelho em regime ambulatorial Prevê-se que somente ultrapasse US$ 73,4 bilhões até 2028, e que envolvam robótica até 2030.quase todas as substituições

Apesar dos altos custos iniciais, as plataformas robóticas com maiores volumes de , casosmelhores taxas de reembolso e menos complicações.

A IA otimiza ainda mais as operações do UCA, automatizando tarefas, melhorando os fluxos de trabalho e resolvendo ineficiências. Ferramentas de empresas como a Quantori e a Kythra Labs facilitam as avaliações de risco dos pacientes, reclamações o processamento de e o planejamento da cadeia de suprimentos. Um software comercial como o PROM-MAPP pode economizar até US$ 3.000 por mês para os UCAs aprimorando a documentação, permitindo mais cirurgias com custos administrativos reduzidos. Essa eficiência preserva o tempo do provedor para atendimento ao , pacienteeducação, pesquisa e licença pessoal.

Da mesma forma, a telemedicina preserva o tempo como um recurso e amplia o acesso ao atendimento para pacientes idosos, rurais ou com dificuldades de locomoção. Os resultados são um maior comparecimento às consultas e um cirúrgico maiorvolume . A redução do não comparecimento de pacientes pode aumentar a receita do UCA em até 10% ao ano. Estudos indicam que a telessaúde melhora o envolvimento do paciente e economiza custos relacionados a transporte e perda de trabalho. Um artigo de 2023 no *JAMA Network Open* estima que as consultas de telessaúde para pacientes com câncer economizam mais de US$ 1 milhão por ano em perda de produtividade. Além disso, os chatbots de IA e os aplicativos de comunicação com o paciente automatizam lembretes de consultas, instruções pré-operatórias e pós-operatórias check-ins, reduzindo complicações e aumentando a satisfação.

PLANEJAR COM ANTECEDÊNCIA PARA ECONÔMICOS

Apesar dos benefícios evidentes, a adoção de tecnologia avançada traz desafios.
Os cirurgiões e a equipe precisam de tempo para treinamento,



e equipamentos de ponta exigem contínuoscredenciamento, manutenção e garantia de . qualidade As tecnologias específicas de cada especialidade devem estar alinhadas com a sustentabilidade financeira, principalmente em casos de múltiplas especialidades.
departamento de UCAs. Preocupações éticas, como as relacionadas à automação dos dos pacientes dados e aos riscos de obsolescência, também devem ser abordadas.

As avaliações econômicas de inovações como a robótica permanecem inconsistentes. Uma revisão de 2024 constatou que apenas 40% dos estudos levam em conta as curvas de aprendizado e os impactos organizacionais, enquanto menos de 12% consideram a precificação dinâmica. Os líderes de UCA devem prever futuras mudanças de preços e tendências de inovação. O sucesso depende de sólidos com os fornecedoresrelacionamentos , da adesão dos cirurgiões e de programas robustos de melhoria da qualidade. Os líderes devem priorizar tecnologias com economias de custo mensuráveis e de cuidados baseados em valorresultados .

A robótica, a IA e a telemedicina estão remodelando os UCAs. Espera-se que a cirurgia robótica se torne onipresente, com reembolso de seguro estendido a todas as especialidades. As plataformas orientadas por IA dominarão a otimização do fluxo de trabalho, e a telessaúde continuará sendo um elemento básico do atendimento centrado no paciente. Os UCAs com visão de futuro devem equilibrar a adoção rápida com um planejamento cuidadoso. Consultar acionistas, implementar programas-piloto e manter a garantia de qualidade com mão de ferro.

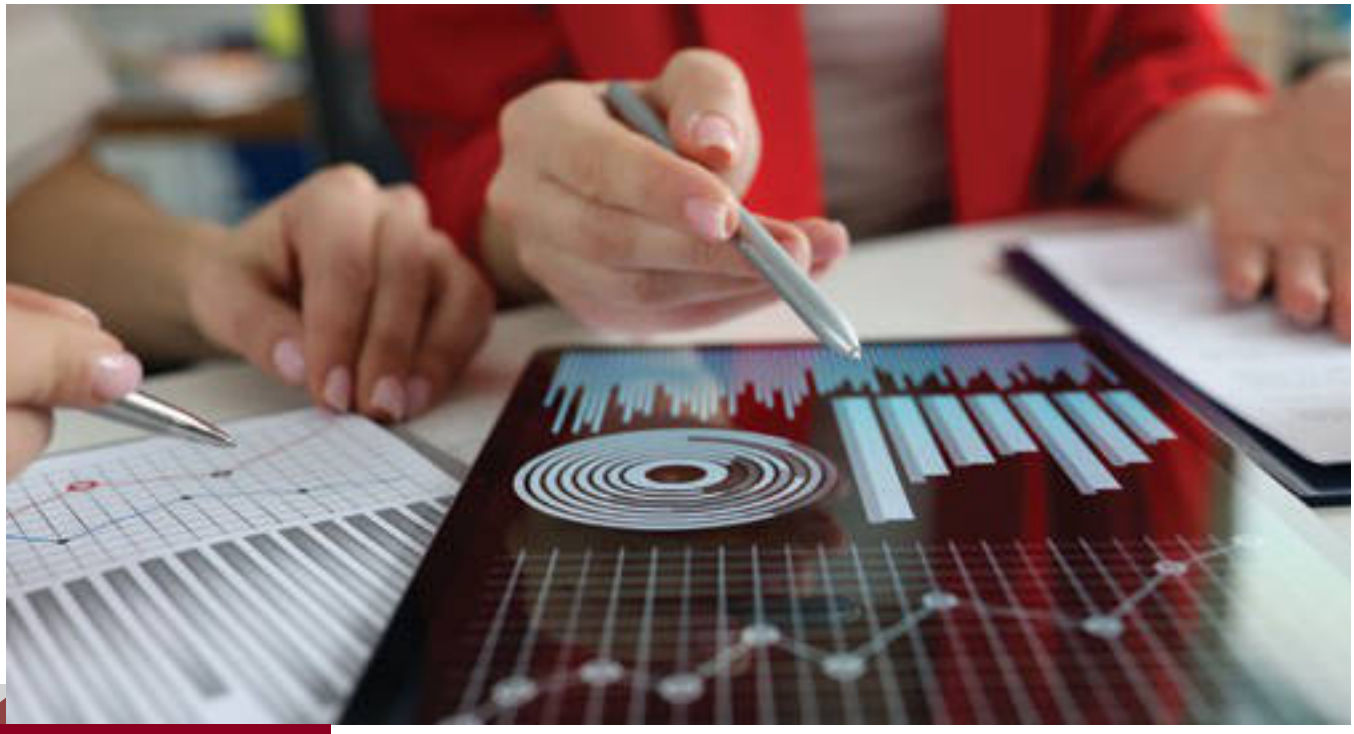
Com o crescimento do atendimento ambulatorial, os UCAs que adotarem a
inovação de forma estratégica prosperarão. O ROI da tecnologia
A adoção é mensurável e essencial para manter uma vantagem competitiva no mercado de saúde em constante evolução. ▪



CHATO, MAS CRÍTICO

POR ALEX ALCON

Atualizações do CMS que você deve conhecer



A CMS propôs um de 2,6% aumento para ano-calendário de 2025. A decisão final é um Aumento , de 2,9% derivado de uma atualização da cesta de mercado de 3,4% e um ajuste de 0,5% de ponto percentual para produtividade. De acordo com a política existente, os centros que não conseguirem atenderem aos qualidade requisitos de relatórios de terão uma de 2% no pagamentoredução .

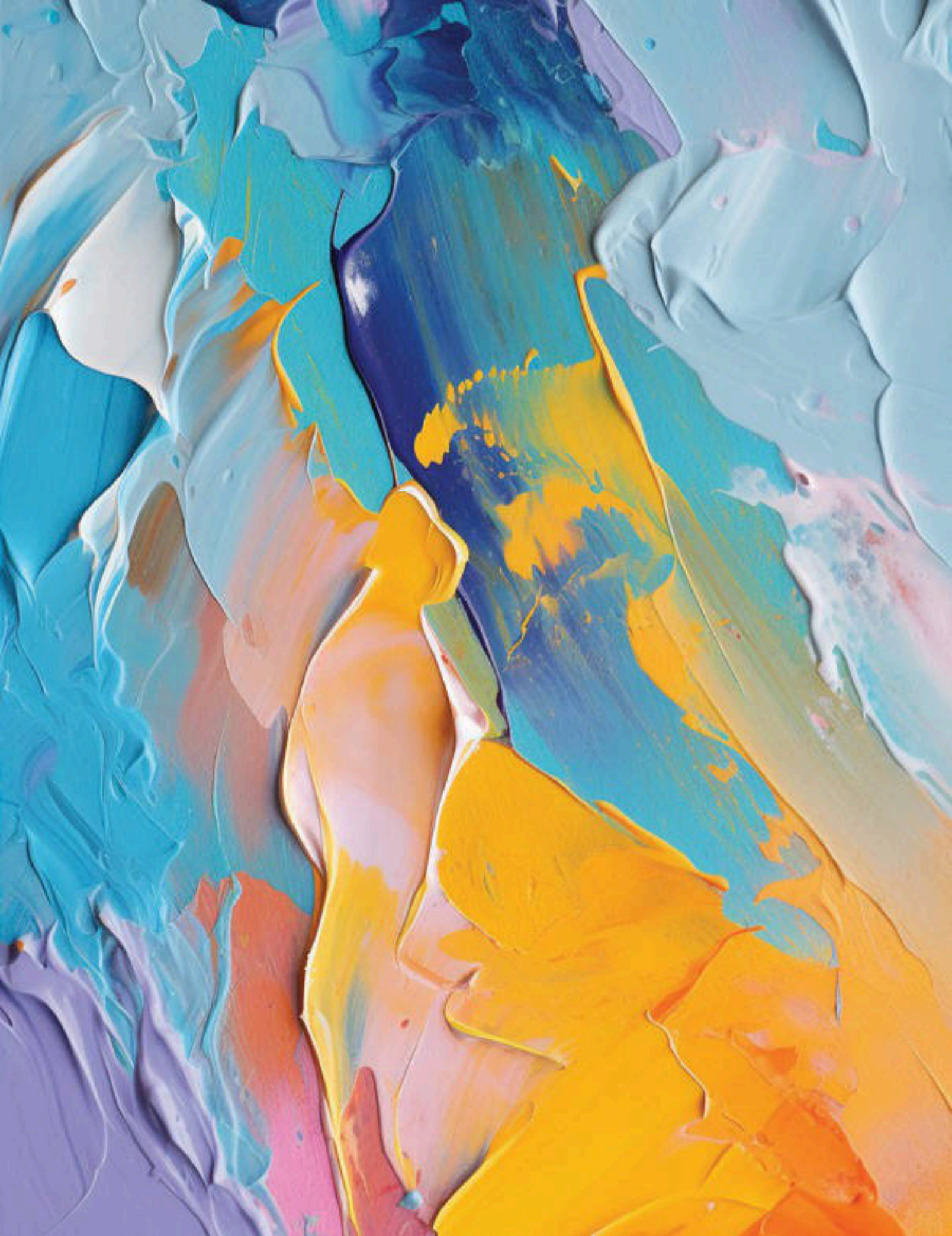
A Consolidated Appropriations Act (CAA) permite que determinados medicamentos não opioides para dor recebam temporáriospagamentos separados . Os pagamentos separados para esses medicamentos fazem parte dos esforços do governo Biden/Harris para reduzir o uso indevido e as mortes por opioides. Medicamentos aprovou seis desses medicamentos de 1º de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2027. Esses medicamentos incluem as injeções de Exparel e Ketorolac, Omidria, Dextensa, Xaracoll e Zynrelef.

Os UCAs devem adotar o Compromisso das Instalações com a Equidade em Saúde para monitorar a coleta de dados, a análise de dados, o envolvimento da liderança, as medidas de melhoria da qualidade e a equidade como estratégicasprioridades . Os centros cirúrgicos também devem informar os dados de Determinantes Sociais de Saúde (SDOH) e a taxa positiva de triagem de SDOH. Esse relatório se torna obrigatório a partir de 2026.

No entanto, os métodos de coleta de dados para UCA ainda não estão claros. O CEO da ASCA, Bill Prentice, diz: "Se essas medidas tivessem sido testadas no ambiente da UCA antes de serem propostas, e muito menos adotadas, a agência teria percebido que o da UCA ambiente não é o local de serviço adequado para obter esses dados".

O CMS reduziu padrão da autorização prévia o tempo de revisão de 10 para 7 dias. As revisões aceleradas continuam sendo de dois dias.

A decisão final do CMS não exige dados de relatório de custos para UCAs. A Medicare Payment Advisory Commission destacou as dificuldades de avaliar os pagamentos do Medicare para UCAs sem uma ideia clara dos custos. No entanto, o CMS ainda não exigiu esse relatório. Eles estão buscando a opinião do público sobre a coleta desses dados sem sobrecarregar os centros e provavelmente revisarão o assunto em decisões futuras▪



SURGERY BUSINESS
741 INSIGHT AVENUE
O'FALLON, ILLINOIS, 62269
SURGERYBUSINESS.COM

